PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM IV. ZESZYT III. MAJ. CZERWIEC. 1911.

PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki chirurgicznej we Lwowie.
Dyrektor: radca dworu prof. L. Rydygier.

Sprawy zapalne kości klatki piersiowej i ich leczenie

podał

AD. MAJEWSKI
(Lublin-Lwów).

Chirurgia współczesna, zdobywając sobie w ustroju człowieka wciąż nowe pola, przedtem dla niej niedostępne, lub mało dostępne, robi jednocześnie zasadnicze w sposobach leczniczych przewroty i w dziedzinach, stanowiących jej teren oddawna.

F. König w r. 1906 w pracy swej „Gruźlica klatki piersiowej“ zaznacza, że w chirurgii kości największy w sposobach leczniczych przewrót zaszedł w zabiegach na żebrach i, przeciwstawiając swe poglądy dawniejszym, uważa on je za doszczętne. My obecnie musimy się im przeciwstawić i, szczególniej w zastosowaniu do chrząstek żebrowych, znów stać się jeszcze bardziej doszczętnymi.

W wywodach swoich oprzemy się na 26 przypadkach, operowanych w klinice lwowskiej. Przypadki te, dotychczas nieogłoszone, podajemy poniżej.

1. Henryk S, l. 4, w klinice był od 9 do 17 czerwca 1897 r. Przed 2-ma laty — szkarlatyna; po niej — zapalenie nerek i ropne zapalenie prawej opłucnej. Zrobiono wycięcie żebra. Gdy w ½ roku przetoka nie zgoiła się, powierzchnię rany wyskrobano, poczem dziecko wysłano do Iwonicza.

Stan ogólny dobry. W linii pachowej średniej na 6 prawem żebrze — przetoka, o brzegach gładkich, twardych; zgłębnik nie wyczuwa w niej obnażonej kości.

W uśpieniu chloroformowem cięcie podłużne wzdłuż przetoki; boczne zaułki, wypełnione ziarniną; natrafiono na obnażony brzeg 5 i 6 żebra; wycięto po 6 cm. obydwóch żeber. Rany nie zaszyto. Opatrunek jodoformowy. Leczenie ambulatoryjne. Trwałe zagojenie.

2. Beniamin R., l. 31, dyetaryusz sądowy. W klinice od 6 do 28 lipca 1897 r. Od 2 lat chory na niebolesny obrzęk lewej strony klatki piersiowej. Przed rokiem otwarto zimny ropień, poczem pozostała przetoka, która, pomimo leczenia w Iwoniczu, nie zagoiła się.

Budowa średnia; licho odżywiany; podściółka tłuszczowa i mięśnie słabo rozwinięte. Gruźlica w obu szczytach płuc z przodu i z tyłu. Wzdłuż brzegu 8-go lewego żebra — blizna długa 10 cm., szeroka 1 cm.; w połowie blizny przetoka, sięgająca na 2 cm. wgłąb do dolnego brzegu górnego żebra.

W znieczuleniu chloroformowem cięciem 15 cm. długiem wycięto 8 cm. siódmego lewego żebra wraz z chrząstką, zawierającą chorobowe ognisko. Gojenie rany—powolne. Zagojenie po 7-iu miesiącach.

3. Male B., lat 34, żona trafikarza. W kl. od 26 lutego do 8 marca 1888 r. Dziedzicznie nie obciążona; 7 razy urodziła; przed 4-ma laty mały guz poniżej i nazewnątrz sutka prawego; guz ten po 4 miesiącach otworzył się samoistnie; w ½ roku potem zgoił się: otwiera się od czasu do czasu.

Budowa mierna, odżywianie liche; rozedma płuc miernego stopnia. W linii sutkowej prawej nad 6-m żebrem przetoka; zgłębnik wchodzi na 1,5 cm. ku dołowi i nawewnątrz, nie trafia na obnażoną kość.

D. 1 marca w znieczuleniu chloroformowem cięcie 12 cm. Przetoka — kręta. Wycięto 10 cm. szóstego żebra wraz z chrząstką, kanał przetoki i zmienione tkanki; nadżarcie na granicy kości i chrząstki. Ranę zalano zawiesiną jodoformową i wypełniono tamponami. W chwili wypisania stan rany dobry, zagojenie szybkie. Obecnie 1 października 1910 r. zupełnie zdrowa.

4. Race W., l. 40, przy mężu, była od 1 do 20 czerwca 1898 r. Dziedzicznie nie obciążona; obecna choroba od kilku miesięcy. Stan ogólny dobry. Między wewnętrznym brzegiem prawej łopatki i kręgosłupem guz, wielkości jaja gęsiego, zwrócony długą osią z góry na dół; skóra nad nim niezmieniona. Guz chełboce.

D. 2 czerwca w znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha otwo-

rzono ropień, usadowiony głęboko pod mięśniami; jama ropnia prowadzi do górnych kręgów piersiowych i żeber. Wyskrobując jamę łyżeczką, wydobyto kilka martwaków, wielkości ziarnka soczewicy. Żebro 3-ie, sterczące do jamy i obnażone, wycięto na przestrzeni 1 cm. kleszczami Glucka. Jamę wypchano gazą jodoformową. Rana ziarninuje prawidłowo. Wypisana w stanie dobrym.

5. Józef K., lat 35, ekonom, był od 9 kwietnia do 15 lipca 1898 r. Zawsze zdrów. Przed 4 laty — przymiot; przed rokiem — kilak (?) rękojeści mostka; przecięto go w szpitalu; leczenie swoiste pozostało bez wyniku pożądanego.

Budowa dobra; odżywianie przeciętne; kaszel; nieżyt przewlekły oskrzeli. Na mostku w górnej części rękojeści otwór, wielkości centa; brzegi jego pokryte ziarniną; wydzielina surowiczoropna. Zgłębnik trafia na obnażoną kość. Poniżej, nieco na prawo od przetoki, guz wielkości gęsiego jaja o granicach dość wyraźnych; skóra nad nim zaczerwieniona, bolesna; guz chełboce. Górną granicę guza stanowi 2-ie prawe żebro; dolną — 4-e; na lewo sięga do lewej linii przymostkowej; na prawo do linii środkowej między przymostkową i sutkową.

D. 18 maja w uśpieniu chloroformowem cięcie rozległe podłużne wzdłuż przetoki i przez guz. Zniszczona rękojeść; zmiany gruźlicze w chrząstce 3-go prawego żebra. Rękojeść mostka usunięto częścią kostnemi nożycami, częścią łyżeczką; chrząstkę wycięto; rany nie szyto. Gojenie wolne; chrząstka okazuje brak skłonności do gojenia się; miejscami ulega zgorzeli. Chory gorączkuje; pluje krwią W plwocinie obfite laseczniki gruźlicze. Wypisany w stanie ciężkim z ranami niezagojonemi.

6. Benedykt Sz., lat 63, wyrobnik. Pozostawał od 19 stycznia do 14 lutego 1900 r. Przechodził zimnicę; jaglicę; w 35 r. miał zapalenie płuc. Jeden z synów zmarł na gruźlicę; chory jest obecnie od pół roku.

Budowa i odżywianie dobre. Nieliczne rzężenia w szczycie prawego płuca.

W okolicy 2-go lewego żebra nazewnątrz od mostka guz, wielkości pięści; skóra na szczycie guza zaczerwieniona, łuszczy się, na obwodzie prawidłowa z rozszerzonemi żyłami; guz silnie napięty, sprężysty; nieprzesuwalny; nie da się odgraniczyć wyraźnie. Nazewnątrz i ku dołowi od 1-go guza—guz drugi mniejszy, wielkości kurzego jaja, przesuwalny. Przekłucie daje ropę płynną; obmacanie igłą wnętrza jamy nie wykazuje obnażonej kości.

D. 24 stycznia w uśpieniu chloroformowem cięcie 15 cm. długości wzdłuż 3-go żebra. Żebro obnażone, nadżarte na tylnej powierzchni. Wycięcie 3-go żebra. Dolny guz stanowił zaciek opadowy w m. piersiowym większym o zawartości serowatej. Otworzono go z górnego cięcia; wyskrobano; zrobiono przeciwotwór.

D. 4 lutego rana ziarninuje prawidłowo. D. 14 lutego dolne cięcie zagojone; górne szybko wypełnia się. Dalsze leczenie ambulatoryjne; zagojenie.

7. Michał P., l. 69, portyer. W klin. od 18 czerwca do 5 lipca 1900 r Prze-

chodził zapalenie płuc dwukrotnie: przed 30-tu i przed 15-tu laty. Od 3-ch miesięcy w dolnej tylnej prawej części klatki piersiowej guz.

Stan ogólny średnio dobry. W płucach rozedma miernego stopnia; w linii łopatkowej prawej guz o granicach niezbyt wyraźnych, o podstawie szerokiej, wielkości jaja strusiego ponad 9, 10 i 11 żebrami; skóra nad guzem niezmieniona; powierzchnia gładka; guz miękki; chełboce; nieruchomy; miernie bolesny. Opukiwanie guza daje w górnej jego części ton płucny.

W znieczuleniu chloroformowem wycięto 9 żebro. D. 5 lipca: przebieg gojenia prawidłowy. Dalsze leczenie ambulatoryjne aż do zupełnego zagojenia w listopadzie 1900 r. W r. 1905 zmarł na zapalenie płuc.

8. Eliasz S., l. 44, śpiewak kościelny. Pozostawał od 21 czerwca do 5 lipca 1900 r. Przed 5 laty zapalenie opłucnej; od $^1/_2$ roku guz na prawym boku.

Budowa i odżywianie—dobre; w prawym szczycie płucnym nieznaczne zmiany. W linii pachowej prawej nad 10-em żebrem guz, wielkości kurzego jaja; skóra nad nim nieco zaczerwieniona; guz gładki, chełboce.

D. 23 czerwca w uśpienu chloroformowem cięciem podłużnem otwarto jamę ropną, a w niej obnażone 10-te żebro. Wycięto 9 cm. dziesiątego żebra; jamę wyskrobano. Żebro było obnażone z przodu i z tyłu i miało otwór na wylot. D. 5 lipca rana szybko i dobrze ziarninuje i zmniejsza się. Dalsze leczenie ambulatoryjne. W sierpniu z. r. trwałe wyleczenie.

9. Wojciech P., l. 66, em. kierownik szkoły. W klin. od 9 czerwca do 9 lipca 1900 r. W grudniu 1899 r. influenca; po niej prawostronne zapalenie płuc; w czasie zdrowienia ból na jednem z prawych dolnych żeber. W końcu stycznia bolesny obrzęk pod prawym łukiem żebrowym.

Budowa i odżywianie dobre; cera zdrowa; nieznaczna rozedma płuc. Na prawym boku między liniami pachowemi przednią i tylną—i między łukiem żebrowym z góry, a grzebieniem kości biodrowej u dołu—guz, wielkości pięści, o granicach rozlanych; skóra nad nim obrzękła, na szczycie zaczerwieniona z łuszczącym się naskórkiem. Spójność guza zbita; chełbotania niema. Ruchomość nieznaczna; od ucisku bolesność. Kilkakrotne przekłucia grubą długą igłą wydobyły z głębi guza nieco brudnej płynnej ropy.

D. 22 czerwca w uśpieniu chloroformowem—cięcie poprzeczne; w głębi guza niewielka jama ropna; w niej 12-te żebro, obnażone na niewielkiej przestrzeni. Wycięto połowę 12-go żebra. Ranę wypchano muślinem. D. 9 lipca rana szybko ziarninuje i wypełnia się. Trwałe zagojenie.

10. Zofia K., l. 24, żona szewca. Była od 4 maja do 12 czerwca 1900 r. Matka i siostra zmarły na gruźlicę. Od $1^1/_2$ roku choruje na płuca—na prawy bok; przed 2 miesiącami pojawił się na prawym boku guzek. Kaszle sucho; traci wagę ciała

Budowa licha; odżywianie podupadłe; na policzku blizna podłużna wielkości fasoli, wydzielająca kroplę cieczy surowiczoropnej; pod prawą pachą gruczoł, wielkości bobu, niebolesny; inne gruczoły nie powiększone. Gruźlica prawego szczytu. Na wysokości 8-go prawego żebra w linii pachowej tylnej — guz, wielkości pomarańczy; skóra na szczycie guza nieruchoma, zaczerwieniona; guz chełboce; ciepłota miejscowa podwyższona.

D. 5 maja w uśpieniu chloroformowem cięcie długości 12 cm. na 9-m żebrze, wycięto 8 cm. dziewiątego żebra; otwarto przetokę w miękkich częściach ku górze; stwierdzono zmiany chorobowe na 8-m żebrze; wycięto 8 cm. ósmego żebra. Ranę pozostawiono szeroko otwartą. Opatrunek jodoformowy. D. 26 maja rany żeber dobrze ziarninują i szybko zmniejszają się; wycięto w znieczuleniu chloroformowem na górnej wardze na lewo od nosa ognisko gruźlicze wielkości ziarnka prosa i pod pachą gruczoł. Rany zaszyto. D. 12 czerwca chora wypisana z powierzchowną niewielką, dobrze ziarninującą ranką na boku.

11. Frimeta W., l. 38, wyrobnica. W klin. od 4 do 28 kwietnia 1901 r. Przedtem zdrowa. Od 4 miesięcy guz na plecach; od 2 miesięcy kaszle.

Dobrze zbudowana; średnio odżywiana; zmiany w prawem płucu; na plecach duży guz, sięgający ku górze na 2 palce poniżej kąta prawej łopatki; ku dołowi—na 1 palec powyżej grzebienia biodrowego, a na poprzek—od kręgosłupa do linii pachowej tylnej. Skóra nad guzem niezmieniona, ruchoma, bezbolesna; guz chełboce, o powierzchni gładkiej, na podstawie nieprzesuwalny.

D. 5 kwietnia w uśpieniu chloroformowem wycięto 9 i 10 żebro; tkanki i ziarninę gruźliczą wyskrobano. Ranę pozostawiono szeroko otwartą, wypełniono ją gazą jodoformową. D. 8 kwietnia gorączka, tarcie opłucnowe na stronie lewej. D. 15 kwietnia stan bezgorączkowy; ziarnina prawidłowa. D. 28 kwietnia rana goi się. Trwałe zagojenie. Obecnie — d. 1 października 1910 r. — zupełnie zdrowa.

12. Klementyna B., l. 15, córka nauczyciela. Pozostawała od 18 do 28 kwietnia 1901 r. W lipcu 1900 r. chorowała na zapalenie prawego stawu ramiennego, które przeszło na obojczyk i po 2 tygodniach dało nad obydwoma stawami obojczyka dwie przetoki. Regularność od 14 roku, w czasie choroby ustała; obecnie zmniejszona i spóźnia się.

Stan ogólny średni; zmiany w szczytach, większe w prawym; pod pachą prawą pojedynczy duży bezbolesny gruczoł. Mięsień naramienny częściowo zanikły; ruchy w stawie ramiennym nieco ograniczone. Nad prawym obojczykiem trzy przetoki: 2 nad stawami, 3-ia pośrodku. Skóra około przetok fioletowa, zrośnięta z kością. Zgłębnik wyczuwa obnażoną kość.

D. 20 kwietnia w znieczuleniu morfinowochloroformowem usunięto długiem poprzecznem cięciem przedni martwak, zajmujący całą długość obojczyka. Ranę wyskrobano. Przetoki wycięto; ranę częściowo zeszyto. D. 26 kwietnia ziarnina licha; ropienie; przecięto mostki skórne; ranę szeroko otwarto; wypchano gazą jodoformową. Dalszy przebieg gojenia prawidłowy. Wyleczenie.

13. Fajwel K., l. 39, wyrobnik, Był od 20 maja do 10 czerwca 1901 r. Do 34 r. był zdrów; od tego czasu mocno kaszle; od 2 lat krwioplucie; przed $1^1/_2$ rokiem na lewym boku powstał guz, wielkości orzecha włoskiego; po 10 miesiącach guz ten samoistnie otworzył się.

Stan ogólny lichy. Zmiany w szczytach i w lewem płucu. Garb. Na 9-em lewem żebrze w linii sutkowej blizna; w niej otwór wielkości soczewicy, prowadzący do kanału przetoki; zgłębnik wchodzi na 6 cm. ku przodowi i ku dołowi i wyczuwa obnażoną kość.

D. 24 maja w znieczuleniu chloroformowem niezupełnem wycięto 9-te żebro na przestrzeni 8 cm. W miejscu, odpowiadającem otworowi przetoki, żebro było nadżarte z obu stron. Ranę wypchano gazą jodoformową. D. 10 czerwca: rana szybko ziarninuje i zmniejsza się.

14. Maksymilian W., l. 62, gospodarz. W klin. od 4 listopada 1901 do 7 lutego 1902 r. W młodych latach przebył zapalenie opłucnej; chorował dwa lata. Pierwsza żona zmarła na gruźlicę płuc. W marcu 1901 r. przebył tyfus brzuszny; wkrótce potem ból prawego boku w określonem miejscu. Bóle te ustały; chory wstał i, chodząc, uderzył się w prawy bok. Bóle wróciły, a w 2 miesiące w miejscu tem powstał ropień. Otworzono go przed 3 miesiącami. W międzyczasie chory upadł w mieszkaniu i złamał sobie 2 żebra.

Budowa dobra; odżywianie dostateczne; płuca zdrowe; w okolicy prawego 6-go żebra na 3 palce nawewnątrz od linii sutkowej blizna poprzeczna długości 3 cm., wciągnięta wgłąb. W połowie blizny owrzodzenie wielkości grochu, wypełnione ziarniną. Zgłębnik przenika prostopadle w głąb na 4—5 cm. i opiera się na chorej chrząstce. Wydzielina nieobfita.

D. 7 listopada w znieczuleniu chloroformowem wycięto chrząstkę 6-go prawego żebra od przyczepu do mostka aż do kości. Ranę pozostawiono otwartą. D. 20 listopada rana ziarninuje; chrząstka pozostaje niepokryta ziarniną. D. 1 grudnia na chrząstce dwa niepokryte ziarniną miejsca poczynają oddzielać się D. 3 stycznia sprawa chorobowa na chrząstce posuwa się ; tworzą się nowe przetoki. Rana zagoiła się po upływie 7 miesięcy. Obecnie—d. 4 października zdrów zupełnie.

15. Mikołaj R., l. 37, służący. Pozost. od 19 listopada 1901 do 5 stycznia 1902 r. Od roku kłucie w prawym boku; potem ropień, który samoistnie otworzył się. Kaszel suchy.

Stan ogólny lichy; klatka piersiowa długa, wązka; po stronie prawej u dołu mocno rozszerzona; drżenie wszędzie wyczuwalne; z prawej strony z przodu słabsze. W 6-m międzyżebrzu prawem z przodu otwór przetoki wielkości ziarnka soczewicy; brzegi okrągłe. Zgłębnik wchodzi poza żebra; dochodzi do opłucnej. Caries costarum VI, VII; abscessus subcostalis; infiltratio apicum; bronchitis diffusa.

D. 20 listopada w znieczuleniu miejscowem spos. Schleicha wycięto na przestrzeni 6 - 8 cm. szóste i siódme żebro Otworzono ropień zażebrowy. Po operacyi krwioplucie. Ranę pozostawiono otwartą; opatrunek jodoformowy. D. 5 maja gojenie rany szybkie i pomyślne; znaczna poprawa stanu ogólnego. Kaszel, stopniowo zmniejszający się, ustał. Opatrunki ambulatoryjne do 7 lutego. Zagojenie.

16. Zofia Sm., l. 28, nauczycielka. W klin. od 10 do 17 marca 1902 r. Chorowała na bladnicę; od 7-iu lat gruczoły na szyi ma powiększone; przed 2-ma laty przecięto zropiały gruczoł ; przed rokiem powstało owrzodzenie mostka.

Budowa słaba; odżywianie podupadłe; gruczoły lewostronne podszczękowe i nadobojczykowe — powiększone. W prawym szczycie zmiany gruźlicze. W okolicy lewego stawu mostkowoobojczykowego owrzodzenie,

wielkości korony; dno gładkie; z dna wydobywa się ropa; zgłębnik natrafia na kość obnażoną.

D. 3 marca w uśpieniu chloroformowem wycięto gruczoły szyi; przetokę wycięto; mostek wyłyżeczkowano i częściowo wycięto nożycami kostnemi. Ranę na mostku wypchano gazą jodoformową. D. 17 marca wypisana z polepszeniem.

17. Ryfka Gl., l. 55. Pozost. od 11 do 13 marca 1902 r. Zawsze zdrowa. Od 5 lat przetoka na lewym boku.

Budowa i odżywianie mierne. Skrzywienie piersiowej części kręgosłupa ku tyłowi i na bok. Płuca zdrowe. Na prawym boku poniżej i nazewnątrz sutka prawego — lejkowate wciągnięcie skóry; średnica otworu pół cm.; długość przetoki 1,5 cm. Skóra przy przetoce zaczerwieniona; wydzieliny niema; przetoka prowadzi do obnażonego chropowatego 6-go żebra.

W znieczuleniu miejscowem spos. Schleicha wycięto 8 cm. szóstego żebra aż do chrząstki przymostkowej. Ranę pozostawiono otwartą. Opatrunek jodoformowy. Leczenie ambulatoryjne. Trwałe wyleczenie.

18. Józef K., l. 14, stolarz. W klin. od 27 lipca do 12 sierpnia 1902 r. Siostra zmarła na gruźlicę; sam zawsze zdrów; obecna choroba od 3-ch miesięcy.

Budowa kośćca wiotka; płuca zdrowe. Na lewej stronie klatki piersiowej w linii pachowej tylnej nad 8 - 10 żebrem guz, wielkości pomarańczy, ze skórą niezrośnięty; skóra niezmieniona; ciepłota nie podwyższona; chełboce; poprzez guz mocnym uciskiem można wymacać nierówne, zazębione 9-te żebro.

D. 27 czerwca — w uśpieniu chloroformowem wycięto 6 cm. 9-go żebra. Środek części wyciętej odpowiadał linii pachowej przedniej. Mieszanka jodoformowa; wypełnienie gazą jodoformową. D. 12 lipca—rana ziarninuje; umiarkowane ropienie.

19. Józef K. (patrz № 18), l. 15, stolarz. Od 29 kwietnia do 29 czerwca 1903 r. Przed rokiem operowany w klinice; nad lewem 9-em żebrem blizna skośna; w połowie blizny strup; pod nim — dwa owrzodzenia, wypełnione krwawiącą ziarniną, prowadzą do płytkich przetok. Nad blizną guz, wielkości małej pięści; skóra nad guzem pokryta siatką naczyń żylnych; guz nieprzesuwalny, niebolesny; chełboce; wypuk nad nim stłumiony; powyżej guza w przedniej linii pachowej dwa gruczoły, pod pachami i na karku — kilka gruczołów.

W uśpieniu chloroformowem cięcie wzdłuż 9-go żebra długości 10 cm., potem 2-ie prostopadłe ku górze. Wycięto 8-e i 9-e żebro; dziewiąte po poprzedniem wycięciu odrosło. Gojenie prawidłowe. Rany po paru miesiącach zagoiły się. W rok potem zmarł na chorobę płucną.

20. Rozalja D., l. 53, żona leśniczego. Pozost. od 8 stycznia do 26 czerwca 1909 r. Ojciec zmarł na płucną chorobę. Sama była zdrowa. 10-ro dzieci. W kwietniu 1902 r. kłucie, a potem ropień pod prawą łopatką, otworzono w czerwcu w szpitalu; pozostała przetoka.

Budowa i odżywianie—średnie, z przodu z prawej strony klatki pier-

siowej — stłumienie. W okolicy 10-go prawego żebra, na 5 cm. od kręgosłupa, przetoka; zgłębnik wchodzi na 6,5 cm. i wyczuwa obnażoną kość.

D. 10 stycznia — w uśpieniu chloroformowem — cięcie podłużne 10 cm. długie przez przetokę ku górze; w górnej części dodano cięcie poprzeczne długości 8 cm. Skórę i mięśnie odłuszczono. Wycięto po 10 cm. dziewiątego i dziesiątego żebra. Przetoka szła za żebrami. Żebra obnażone na tylnej powierzchni. Skórę w poprzecznem cięciu zaszyto, włożono sączki z gazy jodoformowej. W przebiegu pooperacyjnym zapalenie płuc. Po wypisaniu — rany goiły cię czas dłuższy (około roku). Obecnie — d. 1 października 1910 r. — zupełnie zrdowa.

21. Naścia P., l. 20, żona wyrobnika.. Od 8 lutego do 28 marca 1904 r. Brat zmarł na gruźlicę. Przed 2-ma laty przechodziła na prawej nodze operacyę; chorowała parę miesięcy. Od roku obrzmienie i bóle w barku lewym; od paru miesięcy guz pod lewym obojczykiem.

Budowa kośćca wątła; odżywianie dobre. W prawym szczycie zmiany gruźlicze. Na lewem udzie blizny niezrośnięte z kością; nie kuleje. Lewy mięsień naramienny silnie zanikły; czynne ruchy w stawie ramiennym lewym — bardzo ograniczone; bierne — prawie prawidłowe; ruch obrotowy powoduje nieznaczne tarcie w stawie. Poniżej wewnętrznej połowy lewego obojczyka guz, wielkości dłoni; skóra nad nim nastrzyknięta siatką naczyń żylnych; podstawa guza szeroka o granicach rozlanych; spoistość guza w obwodzie twarda; na szczycie — miękka; nakłucie daje strzępy tkanek w krwaworopnym płynie. Dołek nadobojczykowy wypełniony powiększonymi gruczołami chłonnymi.

D. 22 lutego — w uśpieniu chloroformowem cięcie skórne przez obojczyk; wypuszczono około 50 grm. gęstej ropy; obojczyk na przymostkowej połowie obnażony z okostnej, a miejscami nadżarty. Przepiłowanie obojczyka w połowie długości piłką Giglego i wyłuszczenie wewnętrznej połowy w stawie mostkowoobojczykowym. Wyskrobanie powierzchni jamy. Wypchanie gazą jodoformową. D. 5 marca rana ziarninuje. Wydzielina rany bardzo nieobfita. Ruchy w stawie barkowym niebolesne. D. 28 marca wypisana z raną na zagojeniu.

22. Stanisław J., l. 44, introligator. Poz. od 9 listopada do 5 grudnia 1905 r. Przechodził zimnicę, przymiot; przed rokiem przebył zapalenie opłucnej wysiękowe lewostronne; 3 razy wypuszczano wysięk. Od 4 miesięcy obrzmienie w okolicy lewego sutka.

Budowa licha; odżywianie słabe; szyja długa, chuda; klatka piersiowa długa, wązka; dołki nad- i podobojczykowe i przestrzenie międzyżebrowe — zapadnięte. W lewym szczycie zmiany wypukowe i przysłuchowe. Pod lewym sutkiem obrzmienie wielkości orzecha włoskiego; skóra nad nim zaczerwieniona, łuszczy się. Żebro 5-te zgrubiałe od linii sutkowej aż po nasadę chrząstki. Zgrubienie to — twarde, niebolesne na ucisk.

D. 11 listopada — w uśpieniu morfinowoeterowochloroformowem — cięcie wzdłuż żebra długości 15 cm.; pod skórą ropień. Wycięto 6 cm. piątego żebra; żebro to było obnażone. Przebieg gojenia prawidłowy. Leczenie ambulatoryjne aż do zupełnego zagojenia rany w maju 1906 r. Obecnie — d. 1 października 1910 r. zdrów zupełnie.

23. Aniela J., l. 28, żona dozorcy. Od d. 19 grudnia 1905 do 5 stycznia 1906 r. W 14 r. przebyła tyfus i zapalenie płuc. Przed 6 laty zoperowano jej w klinice — wole; obecna choroba zaczęła się przed 3 laty kłuciem i bólami w prawym boku; przed 3 miesiącami pod prawym sutkiem obrzmienie, które po miesiącu otworzyło się samoistnie przetoką.

Budowa wątła; odżywianie liche; klatka piersiowa długa, wązka. Nad 9-em żebrem na palec ku przodowi od linii pachowej przedniej ubytek tkanek wielkości fasoli; brzegi sinawe, nierówne, podminowane, zrośnięte z kością i na niej nieprzesuwalne. Owrzodzenie to wypełnia ziarnina; zgłębnik wchodzi na 2 cm. i opiera się o obnażoną kość.

D. 20 grudnia — w uśpieniu morfinowochloroformowem cięcie wzdłuż owrzodzenia. 9-te żebro obnażone i nadżarte na stronie wewnętrznej. Wycięto go na przestrzeni 12 cm. nożycami kostnemi Schömackera, a tkanki gruźlicze i ziarninę—nożyczkami Coopera. Ranę pozostawiono otwartą i wypchano gazą jodoformową. Przebieg gojenia prawidłowy.

24. Ksenia L., l. 13, córka rolnika. W klin. od 19 kwietnia do 23 maja 1906 r. Dziedzicznie nie obciążona Przed 3 miesiącami bóle, a następnie guz w okolicy prawego obojczyka.

Budowa wątła; odżywianie słabe; gruczoły chłonne karkowe i nadobojczykowe wymacalne. Klatka piersiowa długa, wązka. W szczytach płucnych nieznaczne zmiany. Nad mostkową częścią prawego obojczyka guz wielkości orzecha włoskiego. Skóra nad nim niezmieniona; ciepłota miejscowa nie podwyższona; powierzchnia guza gładka; spoistość w dolnej części — kostna; w górnej — chrząstkowosprężysta.

D. 27 kwietnia — w uśpieniu chloroformowoeterowem cięcie skórne przez największą wypukłość guza, równolegle do obojczyka. Kość obojczyka obnażona od okostnej i nadżarta w przymostkowej części; sam staw niezajęty. Obojczyk przepiłowano i wyłuszczono część przymostkową. Rany nie zaszywano; ranę wypchano gazą jodoformową. D. 5 maja ziarnina prawidłowa, prócz przymostkowego kąta, gdzie pozostała niewielka przetoka. D. 23 maja - przetoka zarasta. Rana goi się prawidłowo.

25. Witold D., l. 35, dziennikarz. Pozost. od 14 do 21 lutego 1907 r. Przed 5 laty otrzymał postrzał z rewolweru w lewy bok; kulę usunięto drogą operacyjną; w 3 tyg. potem przebył zapalenie płuc; w miejscu operacyi powstał ropień, który dwukrotnie otwierano, poczem rana zagoiła się. Przed tygodniem w miejscu tem—bóle, obrzmienie, zaczerwienienie skóry i wreszcie przetoka ropna.

Dobrze zbudowany; nad prawym szczytem płucnym wydech przedłużony i zaostrzony. W okolicy 7-go żebra w linii pachowej na bliznie długości 12 cm. obrzmienie wielkości gęsiego jaja, bolesne na ucisk; skóra tu zaczerwieniona, łuszczy się; ciepłota miejscowa podwyższona.

W uśpieniu chloroformowem — cięcie wzdłuż żebra długości 10 cm. Po wyskrobaniu zmienionych tkanek wycięto 3 cm. siódmego żebra w miejscu, gdzie miało ono nadżarcie na przedniej powierzchni wielkości bobu. Ranę wypełniono gazą. Badanie ziarniny w Zakładzie Anatomii Patologicz-

nej uniwersytetu — nie wykazało ani prątków, ani budowy gruźliczej. Przebieg gojenia prawidłowy. Zagojenie trwałe.

26. Paweł P., l. 60, szewc. Od 26 listopada 1909 do 26 marca 1910 r. Dziedzicznie nie obciążony; zawsze zdrów. Przed 2-ma laty spadł z konia, potłukł się i zranił się w głowę; rana głowy dotychczas nie zabliźniona. Od 8-iu miesięcy bóle i obrzmienie w prawym boku. W szpitalu nacięto mu ropień i wypuszczono ropę. Kaszle; plwocina ze krwią.

Zbudowany średnio; odżywiony licho. Gruczoły chłonne szyi powiększone, wymacalne. Na prawej stronie klatki piersiowej u przyczepu mostkowego 3 i 4 żebra guz, wielkości małej pięści; skóra nad nim zawiera siatkę naczyń żylnych; guz na podstawie szerokiej — nieprzesuwalny, miękki, bołesny na ucisk; wypuk przytłumiony. Nad 10-m prawem żebrem w linii pachowej średniej — podługowaty ubytek skóry, fioletowo zabarwiony, nierówny, podminowany, długości 6 cm.; w dnie jego płytka przetoka, dochodząca do obnażonego żebra; w linii łopatkowej nad temże 10-m żebrem — drugie podobne owrzodzenie, długości 4-ch cm.; pod niem również obnażona kość.

D. 3 grudnia — w znieczuleniu chloroformowem cięcie wzdłuż 10-go żebra przez oba owrzodzenia; 10-te żebro okazało się obnażonem i pokrytem nadżerkami na przedniej i tylnej powierzchni na znacznej przestrzeni. Po otwarciu prowadzących ku górze przetok okazało się, że i 9-te żebro jest obnażone z okostnej i silnie zmienione na swej wewnętrznej powierzchni. Wycięto po 12 do 15 cm. z tych żeber. Na mostku wzdłuż prawego jego brzegu zrobiono cięcie podłużne przez guz. Odsłonięto chrząstkowe części 3-go i 4-go żebra. Chrząstka była obnażona, brudnożółta; z pod niej wydobywała się ropa; po wycięciu na znacznej przestrzeni obydwóch chrząstek otwarto pod niemi duży ropień, wielkości pięści. Ran nie zwężano; wypełniono je gazą jodoformową. D. 21 grudnia rany wypełniają się ziarniną. Kostne końce żeber zarastają. Chrząstkowe kikuty przy mostku pozostają obnażone.

D. 18 lutego — rana na boku zabliźnia się. W ranie przy mostku przetoki, prowadzące do chrząstki przymostkowej i pod nią. D. 24 lutego wycięcie pozostałych części chrząstek 3-go i 4-go żebra. D. 15-go marca rana na boku zagoiła się. Przy mostku zabliźnia się; w miejscu wyciętych chrząstek istnieją jeszcze małe uchyłki. D. 26 marca — rana przymostkowa na zagojeniu.

Wśród przypadków tych mamy w 20-tu niewątpliwie do czynienia z gruźlicą kości, w 4-ch z ostrem zapaleniem szpiku kostnego—1 raz po influency; 1 raz po tyfusie; 2 razy w związku z raną ropiejącą: a) po postrzale, b) po wycięciu żebra z powodu ropnego poszkarlatynowego zapalenia opłuchej; nareszcie w 1-ym przypadku — przymiot i gruźlica, równocześnie przebiegając, wzajemnie wikłają się.

Sprawy zapalne kośćca klatki piersiowej dzielą się na: a) gruźlicze, b) ostre zapalenia, c) przymiotowe i d) promienicze.

Przymiot i promienica. Przymiotowe zapalenia kości klatki piersiowej są klinicznie bardzo podobne do gruźlicy. Ropa przymiotowa makroskopowo prawie nie różni się od gruźliczej; sprawy te dalej wikłają się często wzajemnie i przebiegają równocześnie (patrz przyp. № 5).

Rozpoznanie różniczkowe oprzeć tu można na: 1) ogólnem zbadaniu całego ustroju: obecność, np. triady Hutchinsona przemawia na korzyść dziedzicznego przymiotu, 2) na działaniu leczenia swoistego, 3) na zbadaniu ropy metodą Müllera odczynnikiem Milona, 4) na ustaleniu, że sprawa rozpoczęła się od zapalenia okostnej: charakterystyczne dla przymiotu; wykazać to może ostro zrobiony obraz rentgenowski, i nareszcie 5) na próbie Wassermanna.

Promienica przez zepsute zęby przenika najczęściej do jamy ustnej, krtani lub płuc, a stamtąd dopiero przechodzi na klatkę piersiową, dając tu liczne uchyłki i przetoki, charakteryzuje ją wielka liczba ropni. Pewne rozpoznanie daje tu jedynie mikroskop.

Przymiot i promienica, jakkolwiek w rozpoznawaniu sprawy chorobowej w kośćcu klatki piersiowej pamiętać o nich zawsze należy, spotykają się tu na ogół rzadko. Nieco częściej bywa ostre zapalenie szpiku kostnego.

Ostre zapalenie szpiku kostnego. H. Fritz stwierdził, że w tiubingeńskiej klinice na 1512 przypadków ostrego zapalenia szpiku kostnego, z czego 1300 dotyczyło kości długich, a 212—krótkich i płaskich, w 12-tu tylko przypadkach było zapalenie 16-tu łącznie żeber.

Zapalenie szpiku kostnego ostre powstaje tu albo samoistnie—przyczyną bywa najczęściej uraz (upadek albo uderzenie), zaziębienie, złamanie żebra, rana ropiejąca (p. przyp. № 25 i 26); lub też — powodują je choroby zakaźne, najczęściej dur brzuszny.

Fürbringer na 1600 przypadków duru stwierdził 5 przypadków zapalenia kości, w tem 2—żeber. W całem piśmiennictwie do obecnej chwili podano, według zestawień Horsleya i Fritza, 101 przypadków durowego zapalenia żeber. Jako po-

wód powstawania w durze zapalenia kości — podają uraz. Horsley posuwa się tak daleko, że tam, gdzie nie było zewnętrznego urazu, wiąże sprawę z urazem wewnętrznym, zależnym od ciągłych ruchów oddechowych płuc i — nieznacznych, ale stałych — uderzeń serca. Mają one stwarzać—miejsce mniejszej odporności. Z drugiej strony, Quincke i Fränkel dowodzą, że w czasie duru łącznie z okresem zdrowienia stale znajdują się w szpiku kostnym, szczególniej żeber i kręgów, bardzo liczne pałeczki durowe; są to, według Quinckego, wprost ogniska chorobowe, które w zwykłych warunkach ulegają przemianie wstecznej; uraz, tworząc dobre podłoże, daje im nowy bodziec rozwojowy i powoduje powstanie zapalenia szpiku kostnego.

Przypadek nasz (p № 14) daje w tym kierunku bardzo zajmujące dane, potwierdzające tę teoryę. Chory w okresie zdrowienia po durze poczuł bóle w ściśle określonem miejscu w prawym boku. Bóle te po kilku dniach ustały; choremu pozwolono wstać; chodząc, uderzył się on w to miejsce; bóle wróciły, powstaje zapalenie żebra.

Oprócz duru wymieniają, jako przyczynę ostrego zapalenia żebra—odrę, szkarlatynę, zapalenie płuc, influencę, wietrzną ospę. W naszym przypadku (№ 9) sprawa powstała po infuency, powikłanej zapaleniem płuc. W przypadku № 1 dziecko przebyło szkarlatynę, po której dostało ropnego zapalenia opłucnej; wycięto mu żebro, i w miejscu tem żebro wycięte i drugie sąsiednie podległy zapaleniu szpiku kostnego. Stwierdzono to w klinice w przebiegu operacyi w dwa lata po pierwszym zabiegu. Przyczyną sprawy mogła tu być tak dobrze sama szkarlatyna, jak i ropiejąca rana.

Sprawcą ostrego zapalenia żebra bywają różne drobnoustroje. W durze najczęściej znajdowano laseczniki durowe (Dmochowski i Janowski); bywa jednak i gronkowiec złocisty (Lexer) i łącznie z lasecznikiem duru — lasecznik okrężnicy (Klemm). W niedurowych zapaleniach żebra — sprawcą bywa najczęściej gronkowiec złocisty, dalej pneumococcus, łańcuszkowiec, dwoinki rzeżączki, gronkowiec biały. U dzieci w pierwszych latach życia najczęściej przyczyną choroby bywa łańcuszkowiec i pneumococcus (Braquehaye).

W przypadkach niektórych sądzić można z przebiegu klinicznego choroby o rodzaju drobnoustroju, z jakim mamy do

czynienia; np. gronkowiec biały daje podostrą, bezgorączkową przewlekłą postać (Teilhefer); pneumococcus daje rozległy obrzęk obok niewielkiego ropienia i nieznacznego miejscowego zniszczenia kości (Pfisterer, Perutz). Przypadek nasz (№ 9) odpowiada dosyć ściśle ostatniemu obrazowi; chory podał w wywiadach, że przechodził influencę, powikłaną zapaleniem płuc; z przebiegu zapalenia kości sądzić by można, że sprawcą jego był nie swoisty drobnoustrój influency, lecz pneumococcus.

Ostre zapalenie żebra najczęściej umiejscawia się: a) z przodu na granicy kości z chrząstką i b) na tylnym końcu żebra, na bocznej powierzchni główki.—U nas, umiejscowienie przednie typowe — mieliśmy w przypadku podurowym (№14), w pozostałych trzech (№ 1, 9, 25) było ono atypowe, boczne.

W stosunku do płci, ostre zapalenie częściej bywa, według zestawień Fritza (75 przypadków), u mężczyzn, aniżeli u kobiet (2,1 : 1); przyczyną ma być to, że mężczyzna jest więcej narażony na urazy i zaziębienie (Kocher). Nasze wszystkie 4-ry przypadki dotyczą mężczyzn.

Najczęściej bywają zajęte żebra 4-te do 7-go. Zgodnie z tem w naszych 3 przypadkach mieliśmy zajęte żebra 5, 6 (2 razy) i 7-e. W 4-m przypadku zajęte było żebro 12-te. W trzech przypadkach chore było — żebro pojedyncze; w czwartym — dwa żebra.

Wiek naszych chorych wynosił 1) 4 lata 2) 35 l. 3) 62 l. i 4) 66 l.

Przebieg ostrego zapalenia kości cechuje się ostrym początkiem, gorączką, dreszczami, silnem zaburzeniem ogólnego stanu zdrowia. Zaraz w pierwszych dniach zjawia się ostry ból w ściśle określonem miejscu (№ 9, 14) na żebrze. Wkrótce przychodzi bolesne na dotyk obrzmienie; skóra poczyna czerwienić się. Żebro chore bywa bolesne na dotyk nie tylko w granicach obrzmienia, ale na całej długości. Bywają tu dalej bóle, promieniujące po całem ciele; powstawanie ich ma zależeć (Fiedler) od tego, że podrażnienie nerwów międzyżebrowych wywołuje przez ich gałązki przednie, schodzące w okolicę brzucha — odczyn w układzie nerwu współczulnego. W dalszym przebiegu powstają tu nieraz martwaki. Fritz na 75 przypadków — znalazł je w opisach choroby w 20 przypadkach, z tego w 7-u była całkowita zgorzel żebra, a w pozostałych 13-tu

martwaki korowe. Kocher twierdzi, że w kościach płaskich tworzenie się martwaków idzie wolniej, aniżeli w trzonach kości długich. Fritz w statystyce swojej, jako najwcześniejszy termin powstania martwaka podaje 12-ty dzień choroby; w innych przypadkach stwierdzono powstawanie ich w 5-m tygodniu, po 3, 4 i więcej miesiącach. Powstanie trumny kostnej—stwierdził on w 4 przypadkach. Prócz ostro przebiegającej, bywa jeszcze postać zapalenia szpiku kostnego „bez okresu ostrego, z powolnym przebiegiem i nieznacznym miejscowym odczynem“ (Hüter), tak zwana „osteomyelite chronique d'emblee“ (Teilhefer). Postać tę, zbliżoną klinicznie do gruźlicy, niełatwo jest czasem od niej odróżnić.

Gruźlica. Najczęstszą postacią zapalenia kości klatki piersiowej jest gruźlica. Ostre zapalenie co do częstości „kolosalnie“ (König) jej ustępuje. Na 110 przypadków gruźlicy F. König miał typowy przypadek ostrego zapalenia — 1, a 4-ch innych rozpoznanie wahało się między gruźlicą i ostrem zapaleniem. W naszej statystyce na 21 przypadków gruźlicy mieliśmy 4 ostre zapalenia.

Według statystyki Jacquesa z oddziału Reymonda (1910 r.) na 2517 operacyi było 661 przypadków gruźlicy kostnej, w tem 35 przypadków gruźlicy żebra i 14-cie gruźlicy mostka. König wśród swych 110 przypadków miał 93 przypadki gruźlicy żebra i 17-cie mostka, z tych w 2-ch zajęta była także mostkowa część obojczyka. U nas na 21 przypadków — w 16-tu mieliśmy do czynienia z gruźlicą żebra, w 3-ch z czystą gruźlicą obojczyka, w 1-m z gruźlicą mostka i żebra i w 1-m z gruźlicą mostka i obojczyka.

Co do wieku — większość autorów jest zdania, że maximum zachorzeń przypada na 10—40 lat; we wczesnem dzieciństwie zdarzają się one stosunkowo rzadko. Nasza statystyka daje następujące dane:

od	10	lat	do	20	— 3	przypadki
„	20	„	„	30	— 5	„
„	30	„	„	40	— 6	„
„	40	„	„	50	— 3	„
„	50	„	„	60	— 2	„
„	60	„	„	70	— 2	„

Maximum więc zachorzeń przypada na lata 20—40. Najmłodszy chory miał lat 14-cie, najstarszy — 69.

Co do płci, statystyki stwierdzają nieznaczną przewagę mężczyzn. König na 60 mężczyzn miał 50 kobiet. U nas na 11 kobiet mieliśmy 10 mężczyzn.

W stosunku do pojedyńczych żeber statystyka nasza daje następujące dane:

3	żebro	—	3	przypadki
4	„	—	2	„
5	„	—	1	„
6	„	—	3	„
7	„	—	2	„
8	„	—	2	„
9	„	—	10	„
10	„	—	3	„

Według dotychczasowych statystyk najczęściej podlegają gruźlicy żebra 3-cie do 8-go. Nasza statystyka stwierdza stosunkowo dużą liczbę przypadków gruźlicy 9-go żebra. Skłania to nas do zaliczenia i tego żebra do częściej podlegających gruźlicy.

Prawa strona klatki piersiowej ma częściej podlegać gruźlicy, niż lewa; u nas na 14 przypadków gruźlicy prawej strony mieliśmy 7 lewej.

Co do umiejscowienia choroby na żebrze, to gruźlica najczęściej zajmuje część przednią żebra, rzadziej tylną, najrzadziej— środkową, boczną. Statystyka Königa daje 77 przypadków gruźlicy przedniej części żebra, 20-cia tylnej, 13-cie bocznej. Nasza statystyka daje 15 przypadków przedniego umiejscowienia, 7 — tylnego i 6 — bocznego.

Co do liczby równocześnie zajętych żeber, to w 12 przypadkach mieliśmy zajęte 1-e żebro, w 7-iu dwa, w 1-m cztery. König miał przypadek jednoczesnego zajęcia 10 żeber.

Co do przyczyn, usposobiających do gruźlicy kości klatki piersiowej — wymienić należy: 1) dziedziczne obciążenie gruźlicą, 2) złe odżywianie i niehygieniczne warunki życia, 3) alkoholizm, 4) poprzednio przebyte choroby zakaźne i 5) uraz.

Wśród naszych 21 przypadków—w 4-ch (№№ 10, 18, 20, 21) mamy wybitne dziedziczne obciążenie. Większość chorych na-

szych, to ludzie biedni, źle odżywiani i niehygienicznie mieszkający.

Z poprzednio przebytych chorób zakaźnych odnotowaliśmy: zapalenie płuc — 2 razy (№№ 6 i 23), zimnicę — dwa razy (№№ 6 i 22), dur brzuszny — 1 raz (№ 23), przymiot — dwa razy (№№ 3 i 22) i przewlekle ropiejącą ranę głowy urazowego pochodzenia — 1 raz (№ 26). W jednym przypadku punktem wyjścia dla cierpienia był silny uraz — upadek z konia.

Silny męczący kaszel (nieżyt przewlekły oskrzeli, rozedma płuc, gruźlica płuc), który również należy odnieść do dziedziny urazów, notowaliśmy często.

Gruźlica żeber przeważnie bywa cierpieniem wtórnem. Laseczniki gruźlicze dostają się do kości z ognisk pierwotnych drogą krwiobiegu. Pierwotne ogniska najczęściej mieszczą się w narządach wewnętrznych, lub w gruczołach chłonnych. Ogniska te można nieraz stwierdzić. Czasami atoli nawet na sekcyi nie dadzą się one odnaleźć (König). W statystyce naszej na 21 przypadków — w 14-tu mamy wyraźne zmiany gruźlicze w płucach (№№ 2, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 24); w 2 przypadkach chorobę żebra poprzedziło wysiękowe zapalenie opłucnej (№№ 8 i 22); w 5 przypadkach, prócz zmian w płucach, mieliśmy gruczoły chłonne szyi lub pachowe powiększone i wymacalne (№№ 10, 12, 16, 24, 26); operowano je w 2 przypadkach jednocześnie z żebrem; w 2-ch przypadkach— zajęcie gruźlicze stawów (№№ 12 i 22); w 1-m zajęcie sąsiedniego kręgu (№ 4); w 1-m nareszcie ognisko gruźlicze w skórze twarzy (№ 10 — operowane).

Prócz tego w 2 przypadkach mieliśmy wybitne skrzywienie kręgosłupa tylnoboczne (№№ 13 i 17).

Anatomia patologiczna. Anatomia patologiczna gruźlicy żeber określa dwie jej postacie: 1) zapalenie okostnej i 2) zapalenie kości. Najczęściej jednakże sprawy te wikłają się w przebiegu cierpienia i trudno nieraz jest ustalić, czy mamy do czynienia z pierwotnem kostnem ogniskiem, czy też z zapaleniem okostnej, które wtórnie wywołało zmiany w kości.

Na korzyść pierwotnej sprawy w kości przemawiają: 1) duże rozmiary ogniska kostnego, 2) wązki—stosunkowo do ogniska—otwór w kości, 3) obecność martwaków wewnątrz jamy kostnej.

Kształt ogniska kostnego jest zwykle kulisty; w przypadkach podługowatych martwaków przybiera ona kształt podłużny. Ognisk takich bywa nieraz jednocześnie kilka.

U osobników mocno gruźliczych zdarza się rozlana postępowa gruźlica żeber, w której typowych ognisk w kości niema, lecz cała istota kości gąbczasta jest serowato nacieczona.

Pierwotna sprawa okostna szerzy się nieraz na dużej przestrzeni. Serowata ziarnina, powstająca pod okostną, uciskając kość, nadżera ją; w ten sposób powstają na żebrze swoiste dla zapalenia okostnej zagłębienia i zatoki, zniekształcające i zwężające żebra.

W niektórych przypadkach, jednocześnie z serowaceniem warstw wewnętrznych okostnej, jej warstwy zewnętrzne tworzą nową kość — kostną trumienkę. Zawarty w niej odcinek żebra zwykle martwieje i powoduje tworzenie się w trumience przetok w wielu miejscach.

W przypadkach naszych mamy w niektórych wskazówki na pierwotną naturę cierpienia. Żebro obnażone i pokryte z obu stron nadżerkami (periostitis) mamy w przypadkach №№ 13, 22, 26; nadżerki jedynie na wewnętrznej, tylnej powierzchni stwierdzono w przypadkach №№ 6, 15, 20, 23. W przypadku № 18 nadżerki na żebrze wyczuć można było przed operacyą, obmacując żebra przez skórę. W przypadku № 8 stwierdzono w żebrze ognisko otwarte nawylot do przodu i do tyłu (osteitis). W przypadku № 4 wydobyto kilka drobnych martwaków. Tam, gdzie zniszczenie kości lub chrząstki jest znaczne, zdarzają się samoistne złamania żeber. König na 110 przypadków miał ich osiem; my na 21 — jedno (№ 14).

Zapalenie chrząstki. Sprawy zapalne żeber, mieszcząc się przeważnie na przedniej ich części, zajmują zwykle to miejsce, gdzie kość graniczy z chrząstką. Dotyczy to nie tylko gruźlicy, lecz i ostrych zapaleń szpiku kostnego, szczególniej podurowych. W statystyce naszej mamy to umiejscowienie w 5 przypadkach gruźlicy (№№ 2, 3, 5, 17, 26) i w jednem ostrem podurowem zapaleniu (№ 14).

Köpke wyodrębnił tę postać, nadając jej nazwę „postępowej zgorzeli chrząstki żebrowej“. Opisał on szczegółowo 4 jej przypadki: 1) po durze, 2) po influency, 3) po podskórnem złamaniu żebra i 4) w ropiejącej ranie w sąsiedztwie chrząstki że-

browej. Inni autorowie spotykali ją po zapaleniu płuc (bacterium coli), po przymiocie, rzeżączce. Esquerdo obserwował znaczną liczbę jej przypadków w związku z miejscowem (Hiszpania) cierpieniem żołądkowokiszkowem, t. zw. maltańską lub barcelońską febrą.

Zapalenie chrząstki cechuje się złośliwym przebiegiem, szybkiem rozszerzaniem się i trudnością doszczętnego wyleczenia. Osobliwości te tłomaczą się anatomicznymi stosunkami i właściwościami odżywiania się chrząstki.

Chrząstka (Lampe) — będąc w młodości człowieka pozbawiona naczyń i kanału szpikowego, jest tkanką bierną. Gdy z wiekiem rozwija się unaczynienie i powstaje kanał, wychodzi ona z tej roli.

Zaczyna się to w 3 dziesięcioleciu, a w 4-m i 5-m rozwija się coraz dalej. Powstaje wtedy w ośrodkowej części chrząstki kanał, przebiegający równolegle do osi, wysłany cienkiemi włóknami tkanki łącznej, tworzącej sieć, w której okach mieszczą się naczynia krwionośne i komórki tłuszczowe. Jednocześnie naczynia z ochrzęstnej przenikają w sam miąższ chrząstki. Zmiany te ujawniają się najwięcej w granicy kości i chrząstki. W 7-m dziesięcioleciu unaczynienie chrząstki i tworzenie się kanału znów ustaje, a miast niego znajdujemy gładkościenne jamy; sama chrząstka jest żółtobrunatna i zawiera liczne, błyszczące, podobne do azbestu płatki.

Drobnoustroje chorobotwórcze dostają się do chrząstki drogą krwiobiegu; w okresie więc największego unaczynienia— choruje ona najczęściej. Zapalenie chrząstki bywa najczęściej w latach 30 do 60-ciu. Nasza statystyka daje następujące lata: 1) 20, 2) 31, 3) 34, 4) 35, 5) 55, 6) 62. Dane te odpowiadają dosyć ściśle wywodom Lampego. Lexer, badając przy pomocy promieni Roentgena naczynia kostne, nastrzyknięte rtęcią z terpentyną, wykazał, że na żebrze na granicy kości z chrząstką znajdują się naczynia odżywcze, dochodzące z 2-ch stron; jedno z nich, dzieląc się na drobne gałązki, przenika przez ochrzęstną w chrząstkę. Drobnoustroje chorobotwórcze ze krwi w miejscach tych, dzięki zwolnieniu krwiobiegu i zmniejszeniu się kalibru naczyn, zatrzymują się i, zaczopowując naczynia, tworzą tu chorobowe ogniska.

Z ognisk tych ropa przedostaje się pod ochrzęstną, pod-

minowuje ją, obnaża chrząstkę i doprowadza do zgorzeli. Zgorzel ta wobec nieznacznych nawet ognisk przybiera duże rozmiary.

Wyjaśnienie tego dają badania Martiny. Stwierdził on, że chrząstka naokoło ogniska chorobowego jest zwyrodniała. Objawy zwyrodnienia słabną w miarę oddalenia od ogniska. W przejściowym tym pasie, szczególniej na pograniczu kości i chrząstki, Martina obserwował wzmożoną czynność fizyologiczną, żywe mnożenie się komórek i osadzanie się wapna. Sąsiadująca z ogniskiem choroby chrząstka makroskopowo zdrowa — okazywała się w badaniu mikroskopowem — zwyrodniałą, nieraz na dużej przestrzeni.

W przypadkach Köpkego stwierdzono, że zgorzel chrząstki, szerząc się, przenosić się może na sąsiednie żebra, wyższe lub niższe, a nawet na żebra drugiej strony. Wyjaśniają nam to anatomiczne stosunki dolnych żeber.

Dolne żebra, poczynając od 6-go, a czasem już od 5-go posiadają na dolnej powierzchni swej chrząstki wyrostki chrząstkowe, które tworzą z takimiż górnymi wyrostkami następnych niższych chrząstek staw międzychrząstkowy; otoczkę stawu tego stanowi jedynie ochrzęstna, przechodząca z jednej chrząstki na drugą. Takież połączenie istnieje między 8-m i 9-m żebrem. Mostkowe końce 5, 6 i 7-go żebra odróżniają się do wyżej położonych przez swe blizkie wzajemne położenie. Dalej, 7-e żebro przyczepia się stale do wyrostka mieczykowego; czasem przyczepia się i 8-me, o ile koniec jego dochodzi do mostka.

Jeszcze ściślejsze wzajemne połączenie dają dolnym żebrom więzy mostkowożebrowe, przechodzące z mostka na ochrzęstną żeber; tworzą one, krzyżując się wzajemnie, ścięgnistą wyściełającą mostek warstwę. Wyrostek mieczykowy pozostaje często do późnej starości chrząstkowym. Więzy mieczykowożebrowe dają przez wyrostek połączenie żebrom stron przeciwnych.

Ten ścisły wzajemny związek dolnych żeber powoduje, że zgorzel ich chrząstek, poczynając od 5-go żebra, posuwa się wdół szybko bez tworzenia się długich przetok i zatok, właściwych górnym żebrom, i że rozmiary jej są zwykle znaczne.

Rozciągłość zgorzeli zależy tu od: 1) stopnia jadowitości drobnoustrojów chorobotwórczych, od 2) długości przerwy mię-

dzy powstaniem ogniska w chrząstce a czasem operacyi, od 3) wieku chorego t. j. od stopnia unaczynienia chrząstki i od 4) stosunku chorego żebra do opisanego układu anatomicznego.

W naszych przypadkach w 3-ch mieliśmy zajęte 6 prawe żebro, w 1-m 3-cie prawe i mostek, w 1-m trzecie i czwarte prawe żebro, i w 1-m — siódme lewe żebro. W 2 przypadkach (№№ 2 i 3) mamy wskazówkę, że ognisko znajdowało się w chrząstce w pobliżu kości.

Gruźlica mostka umiejscawia się najczęściej wzdłuż brzegu mostka w miejscach przyczepu chrząstek żebrowych i obojczyka. Miejsce przyczepu 1-go żebra i pierwsze żebro często podlega gruźlicy w przypadkach gruźlicy stawu mostkowoobojczykowego. Z pozostałych — najczęstsza jest gruźlica u nasad 2 i 4-go żebra (Jacques).

Względnie częsta jest gruźlica rękojeści mostka; zajmuje ona zwykle tylną powierzchnię mostka i daje tu nieraz ropnie. Do śródpiersia ropnie te zwykle nie otwierają się, gdyż stoi im na przeszkodzie mocny gruby tylny wiąz mostka. Posuwają się one (t. zw. ropnie wędrowne) podokostnowo wzdłuż mostka i przenikają nazewnątrz 1) przez międzyżebrza, dając tam ropnie w mięśniach piersiowych dużym i małym lub 2) przez stawy 1-go i 2-go żebra lub też 3) przez samo żebro.

W pierwszym okresie tej postaci gruźlicy mostka—przedstawia ono duże trudności rozpoznawcze. W innych przypadkach gruźlica rękojeści lub ciała mostka przebija się do przodu, tworząc na przedniej powierzchni ubytki kostne nieraz dużych rozmiarów; w przypadkach tych bywają częste martwaki, nieraz duże. Przypadek nasz (№ 5) odnosi się do tej kategoryi. Wyrostek mieczykowy rzadko podlega gruźlicy.

Gruźlica obojczyka w statystykach jest mało uwzględniona, najczęściej traktuje się ją, jako powikłanie gruźlicy mostka lub 1-go żebra. König nazywa ją gruźlicą stawu mostkowoobojczykowego i sądzi, że nie przedstawia ona nic osobliwego.

W naszej statystyce mamy 4-y jej przypadki. W jednym (№ 16) była to rzeczywiście gruźlica stawu i części mostkowej obojczyka; przebiegała równocześnie z chorobą mostka i nie wyróżniała się niczem od spraw podobnych mostka i żeber. W 2-ch innych — punktem wyjścia dla choroby obojczyka było gruźlicze zapalenie sąsiedniego stawu ramiennego, które w oby-

dwóch przypadkach przygasło, pozostawiwszy ograniczenie ruchów w stawie i zanik mięśnia naramiennego. W jednym (№ 12) z tych przypadków mieliśmy wzdłuż obojczyka 3 przetoki; dwie nad stawami, trzecią nad częścią środkową. W przebiegu operacyi usunięto przedni martwak, zajmujący całą długość obojczyka (osteitis). W 2-ch pozostałych przypadkach mieliśmy nad wewnętrzną połową obojczyka guz—w przypadku № 21 wielkości dłoni, w przypadku № 24 — orzecha włoskiego, na podstawie szerokiej, o granicach rozlanych, spoistości na obwodzie twardej, prawie kostnej. W obydwóch przypadkach stwierdzono, że wewnętrzna połowa obojczyka była obnażona z okostnej i miejscami nadżarta (periostitis); staw mostkowoobojczykowy w obydwóch przypadkach nie był zajęty.

Zmiany w miękkich częściach. Do anatomopatologicznego obrazu gruźlicy kości klatki piersiowej należą zmiany w częściach miękkich, powstające w przebiegu choroby. Ropa, gromadząc się na żebrze, tworzy ropnie. Ropnie te, pierwotnie podokostnowe, mieszczą się na przedniej lub tylnej powierzchni kości. Tylne umiejscowienie bywa często: w naszej statystyce 6 przypadków. Ropień podokostnowy, szukając drogi nazewnątrz, przebija okostną i przenika do części miękkich.

Na przedniej części klatki piersiowej, gdzie żebra leżą bliżej powierzchni ciała, wydostaje się on wprost pod skórę albo też, drążąc drogą najmniejszego oporu wzdłuż mięśniowych powięzi lub pod niemi, daje kręte przetoki, których zewnętrzny otwór znajduje się nieraz daleko od ogniska kostnego. W górnej części klatki piersiowej przetoki te często idą pod mięśniem piersiowym i otwierają się aż pod pachą. Ropa, drążąc nazewnątrz, trafia nieraz na przyczepy żebrowe mięśni, opuszcza się wzdłuż nich nadół i, wobec częstego krzyżowania się mięśni, schodzi czasem krętemi drogami aż pod mięśnie brzucha, gdzie daje ropnie powłok brzusznych.

Na tylnej powierzchni klatki piersiowej, szczególniej przy kręgosłupie, żebra oddzielone są od powierzchni ciała przez grube mocne mięśnie pleców. Ropa, znajdując tutaj silny opór, kieruje się nawewnątrz i daje nieraz ropnie okołoopłucnowe. Ropnie takie, gdy przybiorą większe rozmiary, trudne są do odróżnienia od otorbionych wysięków opłucnej, opłucna na sąsiedztwo ropnia reaguje zapalnem zgrubieniem, dzięki czemu

otwarcie się ropnia do opłucnej zdarza się bardzo rzadko. Znany jest jeden przypadek Marfana. Nie mogąc przebić się do opłucnej, ropa drąży znów nazewnątrz; powstają wtedy nagle podskórne ropnie, czasem znacznej wielkości. Mamy tu wtedy dwa ropnie, łączące się przez wązki kanał t. zw. bouton de chemise (Chantemesse).

Zewnętrzny z tych ropni może pod uciskiem nagle ginąć, opróżniając się do okołoopłucnowego; powstają wtedy objawy ucisku płuca, które po odpłynięciu ropy do ropnia zewnętrznego szybko ustępują. W niektórych przypadkach ropa, drążąc nawewnątrz, przenika do powięzi m. lędźwiowego i wzdłuż niej opuszcza się aż do więzu Pouparta, przebijając się nad nim lub pod nim pod skórę. W innych przypadkach ropa opuszcza się ku dołowi i daje w okolicy lędźwiowej ropnie, które trudno nieraz odróżnić od ropni okołonerkowych.

Podobnie do okołoopłucnowych, powstają czasem ropnie okołoosierdziowe. Jama ropnia zimnego, kanały przetok i ich uchyłki są zwykle grubo wysłane gruźliczą miękką ziarniną; stanowi ona w ropniach rodzaj wewnętrznej tapety; zewnętrzna ściana w starych ropniach bywa twarda, bliznowa; stanowią ją zapalnie zmienione tkanki łączna i mięśniowa. Pierwiastków gruźliczych w niej nieraz już niema.

Przebieg kliniczny. Gruźlica żeber w wyjątkowych tylko przypadkach przebiega ostro. Zwykle nie daje ona objawów bólowych, tak że niejednokrotnie chorzy odnajdują guz przypadkowo lub też ujawnia go dopiero lekarz w czasie badnia.

Zimny gruźliczy ropień przejawia się w formie guza rozmaitej wielkości: orzecha włoskiego (№ 22), pomarańczy (№№ 10, 18), jaja kurzego (№№ 6 i 8), jaja gęsiego (№ 4), małej pięści (№ 26), dużej pięści (№ 11), jaja strusiego (№ 7).

Guz ten ma podstawę szeroką, jest nieprzesuwalny; powierzchnia guza—gładka; w miejscach, gdzie warstwa mięśniowa jest gruba t. j. na plecach (№ 7) i w górnej części piersi (m. piersiowy) (№№ 21, 6) guz nie daje się ściśle odgraniczyć. Odgłos wypukowy nad guzem przytłumiony. Spoistość guza bywa zbita (№ 29); w innych przypadkach czasami przebija ton płucny (№ 7). Guz bywa silnie napięty, sprężysty (№ 6); w innych jeszcze na obwodzie jest twardy, a na szczycie miękki

(№ 21); w późnych przypadkach cały jest miękki, chełboce (№ 5, 7, 8, 10, 11, 18).

Skóra nad guzem we wczesnych przypadkach bywa niezmieniona, ruchoma, bezbolesna; ciepłota miejscowa nie podwyższona (№ 24). W innych—w skórze na szczycie guza istnieje siatka naczyń żylnych (№ 19, 21); w późniejszych skóra na szczycie zaczerwieniona, łuszczy się, miernie bolesna; ciepłota miejscowa nieco podwyższona, na obwodzie rozszerzone żyły (№ 6, 10, 22). W niektórych przypadkach guz jest przesuwalny; są to ropnie opadowe, pozostające bez bezpośredniego związku z kością. Czasami, macając guz, wyczuć można mocnym uciskiem poprzez guz zmienione, zazębione żebro (№ 18). W innych przypadkach żebro nawet poza guzem, czasem aż po nasadę chrząstki, jest zgrubiałe; zgrubienie to bywa zwykle twarde, bezbolesne (№ 22). W przypadkach wątpliwych stosuje się wyjątkowo przekłucie próbne (№ 9); wyzyskać je można dla obmacania dna guza igłą, i dla stwierdzenia tą drogą obnażenia kości (№ 6).

W dalszym przebiegu zimne ropnie, pozostawione samym sobie, przebijają skórę i opróżniają się nazewnątrz. Znajdujemy wtedy w przypadkach świeżych przetok niewielkie owrzodzenie, o postrzępionych, nieraz podminowanych brzegach, zabarwione fioletowo lub sinawo. Skóra naokoło bywa nieco zaczerwieniona. Wydzielina ropna, niezbyt obfita.

W przypadkach późniejszych brzegi przetoki są zabarwione blado, okrągłe, nieraz lejkowato wgłąb wciągnięte; wydzieliny prawie niema (№ 17). W przypadkach, gdzie przetoka mieści się na samej chorej kości, ubytek skóry bywa nieraz znaczny (№ 23 — wielkości fasoli); brzegi przetoki mogą tu być zrośnięte z kością i na niej nieprzesuwalne.

Zgłębnikiem wyczuwa się w przetoce na rozmaitej głębokości obnażoną kość lub chrząstkę; w naszych przypadkach wyczuwano ją bezpośrednio pod skórą (№ 26), na głębokości 1,5 cm. (№ 17); 2,0 cm. (№ 2, 23); 4,5 cm. (№ 14); 6 cm. (№ 13); 5,5 cm. (№ 20). Dodatni wynik zgłębnikowania rozstrzyga rozpoznanie; ujemny — nie przesądza go; w przypadkach, gdzie zgłębnik nie wykazał obnażonej kości (№ 3), w przebiegu operacyi ją znajdowano. Zgłębnik przenika nieraz poza żebra

(№ 20); w jednym przypadku (№ 15) wchodził on poza żebra i dochodził aż do opłucnej.

Gruźlica klatki piersiowej — zamknięta, o ile nie jest powikłana równorzędną ciężką gruźlicą innych narządów, rozwija się zwykle bardzo powoli, trwa lata całe, a na stan ogólny chorego oddziaływa niewiele; chory zwykle nie gorączkuje, czuje się i wygląda dobrze.

Z chwilą wytworzenia się przetoki obraz szybko zmienia się. Istniejąca gruźlica zwiększa skłonność ustroju do poddania się zakażeniu gronkowcami (Stulbron); ropa przez wtórne zakażenie zmienia szybko charakter, robią się nowe zacieki; chory poczyna gorączkować i stan jego stale pogarsza się. W późnych przypadkach chory przedstawia typowy obraz wyniszczenia ustroju.

Rozpoznanie różniczkowe. W rozpoznawaniu głębokich ropni pochodzenia żebrowego nastręczają się nieraz trudności rozpoznawcze w stosunku do otorbionych wysięków opłucnych. Do rozpoznawania przyczynić się tu może badanie promieniami Roentgena. W sprawie opłucnowej żebra i mostek mają zarysy prawidłowe i cienie kości na obrazie są niezmienione; w gruźlicy — widoczne są ubytki kości, i cienie dzięki wessaniu się soli wapiennych są bledsze. Pozatem wrażliwość żebra na ucisk i przejście objawów uciskowych po opróżnieniu się ropnia przemawiają przeciw sprawie opłucnowej.

W ropniach, wychodzących z ostatnich żeber, dla różniczkowego rozpoznania z ropniem okołonerkowym — badać również należy wrażliwość żeber na ucisk.

W przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego głęboko położonych części żeber, wobec braku zewnętrznych oznak cierpienia, można je łatwo przeoczyć, rozpoznając reumatyzm lub nerwoból międzyżebrowy.

W ropniach zażebrowych wewnętrznych, lub w rzadkich przypadkach gruźlicy suchej, analogicznej do „spina ventosa“ palców (König)— trudności rozpoznawcze z przymiotem, guzem nowotworowym i kostniejącem zapaleniem szpiku kostnego są znaczne.

W rozpoznawaniu różniczkowem gruźlicy żeber od ostrego zapalenia przemawia przeciw gruźlicy—ostry początek, bóle, go-

rączka i szybki przebieg; w przypadkach wątpliwych znaczenie rozstrzygające ma tu obecność innych ognisk gruźliczych w ustroju.

Odróżnienie od przymiotu opisaliśmy wyżej.

W rozpoznawaniu pamiętać należy o możliwości pomyłki rozpoznawczej, mianowicie należy pamiętać o tętniaku tętnicy głównej, o przepuklinie płucnej i o naczyniaku jamistym.

Leczenie. W leczeniu gruźlicy kości—w ciągu całego jego przebiegu niezależnie od metod leczniczych miejscowych—należy położyć silny nacisk na leczenie ogólne za pomocą powietrza, słońca, wzmożonego, odpowiednio dobranego pożywienia, słonych kąpieli (Reynier); wreszcie—pobytu nad morzem, w górskim klimacie lub w odpowiednich miejscowościach lesistych.

Hirsberg opisał świeżo przypadek, gdzie ciężka gruźlica kości i stawów, pomimo szeregu operacyi, szerzyła się, a gdzie 20-to miesięczny pobyt w górskim klimacie i słoneczne kąpiele dały zupełne wyleczenie.

Z naszych miejscowości leczniczych wymienić tu należy: Iwonicz, Rabkę, Rymanów, Ciechocinek, Busk, Solec. Jako górska stacya klimatyczna — Zakopane; jako nadmorska — Połąga. Z obcych — światową w tym kierunku sławą cieszy się Davos.

Zamkniętą gruźlicę żeber we wczesnym okresie leczyć można zachowawczo przez opróżnianie jamy ropnia i wstrzykiwanie w nią lekarstw.

Stosują tu cały szereg środków leczniczych: 1) płyn Calota (Kreozot, guajacol aa 2,0, jodformii 1,0, Aeth. sulf. 9,0, ol. olivar. 90,0); 2) kwas karbolowy (9 k. kw. karbolowego + 1 cz. alkoholu); 3) maść C. Becka bismutowoparafinową; 4) surowicę Beranka; 5) surowicę Marmorka; 6) tuberkulinę Kocha w rozcieńczeniu 1:100000; 7) t. z. „JK." R. Spenglera—chemicznie czysty produkt krwi zwierząt, uodpornionych na gruźlicę (Immunkörper).

Wszystkie te atoli środki są albo dotychczas mało wypróbowane i w działaniu niepewne, albo też mało skuteczne. Największe rozpowszechnienie ma zdawna stosowana 10% zawiesina jodoformu w glicerynie. Skuteczność jej jest oparta na swoistym przeciwgruźliczym wpływie jodoformu i na drażniącem działaniu gliceryny.

Swoisty wpływ jodoformu na gruźlicę stwierdzony został zarówno przez badania laboratoryjne, jak i przez doświadczenie kliniczne. Bruns i Nauwerck badali gruźlicze błony ropni, leczonych wstrzyknięciami mieszanki jodoformowej, i nie znaleźli w nich ani gruźliczych laseczników, ani gruzełków. Badania C. Becka (1910) wykazały, że na miejscu gruźliczych ognisk— w pomyślnie wyleczonych przez wstrzyknięcia przypadkach — znajduje się twarda, pozbawiona naczyń tkanka łączna. Gruźlicza tkanka tłuszczowo wyrodnieje, ulega zgorzeli i przerasta blizną.

Zawiesinę przed użyciem należy wyjałowić, trzymając ją przez godzinę w gotującej się wodzie w otwartej flaszce, by wolny jod mógł ulotnić się. U dzieci można wstrykiwać w odstępach tygodniowych każdorazowo po 10 cm. sz., u dorosłych — po 20 do 30 cm. sz. Wstrzyknięcia należy robić przez skórę zdrową, omijając starannie te jej miejsca, które zdradzają skłonność do samoistnego przedziurawienia. Wstrzyknięcia zawiesiny służyć mogą jednocześnie i dla celów rozpoznawczych, gdyż jodoform nie przepuszcza promieni Roentgena: po wstrzyknięciu mieszanki na obrazie rentgenowskim widoczne bywa położenie ropnia i kierunek przetok.

Leczenie nieoperacyjne, o ile nie jest skuteczne, nie może być długo przeciągane. Wstrzyknięcia jodoformowe czasami po 1—2 zastosowaniach dają uleczenie. Gdy po kilku wstrzyknięciach poprawa nie jest widoczna, metodę tę należy porzucić i przejść bezzwłocznie do leczenia operacyjnego. Bezpożyteczna zwłoka odbija się szkodliwie na dalszym przebiegu. Im wcześniej operacya jest robiona, tem mniejszy ma ona zakres i szybszy wynik.

Leczenie operacyjne powinno być odrazu doszczętne; jedynie doszczętne usunięcie wszystkich gruźliczych tkanek gwarantuje wyleczenie. Zasada doszczętności powinna tu być równie ściśle przestrzegana, jak np. w raku. Przecinanie ropni, skrobanie przetok jest tylko bezpożyteczną stratą czasu. Operacya musi odnaleźć pierwotne ogniska kostne i nie ograniczać się na ich wyskrobaniu, a zawsze wycinać kość. Wycięcie to powinno być zrobione poza granicami ogniska w zdrowej kości.

Na zdanie, wypowiadane w ostatnich nawet czasach przez

niektórych chirurgów (C. Beck, 1910; Fritz, 1910), że w przypadkach lżejszych wystarcza wyskrobanie kości, zgodzić się nie możemy.

Przypominamy, że właśnie na żebrach gruźlicze zmiany przechodzą często zupełnie nieznacznie z przedniej, zewnętrznej ściany żebra na wewnętrzną i tu niepostrzeżenie pełzają nieraz bardzo daleko. Rozumie się, że w takich przypadkach skrobanie zostanie bez skutku, tylko rozległe wypiłowanie, odsłaniające ostatnie zaułki, może doprowadzić do wyleczenia doszczętnego.

Przypadki, traktowane odrazu nie dość doszczętnie, podlegają zwykle wznowom cierpienia; sprawa wlecze się nieraz całe lata, wobec licznych, wciąż powtarzanych, zabiegów operacyjnych.

Ogniska gruźlicze, doszczętnie nieusunięte, pozostają po pierwszym zabiegu otwarte nazewnątrz; gruźlica zwiększa skłonność tkanek do zakażenia się gronkowcami. Ustrój pod wpływem mieszanego zakażenia—niszczeje, przychodzą zmiany w narządach miąższowych, białko w moczu, a wtedy doszczętny zabieg daje już znacznie mniejsze szanse.

Dla odszukania pierwotnych ognisk i dokładnego otwarcia wszystkich przetok i uchyłków należy utworzyć sobie szerokie pole operacyjne. Cięcia powłok muszą być długie. W naszych przypadkach miały one od 10 do 15 cm. długości. W przedniej części klatki piersiowej idą one zwykle poprzecznie wzdłuż żeber przez największą wypukłość guza, lub też przez zewnętrzne przetoki. W razie potrzeby dodaje się do nich cięcia podłużne wzdłuż przetoki. Na mostku—cięcia są zwykle podłużne wzdłuż brzegu mostka z poprzecznemi dodatkowemi cięciami ponad wciągniętemi w chorobę żebrami. W tylnej części klatki piersiowej cięcia winny być podłużne, by nie przecinać poprzecznie długich mięśni pleców.

Trudności techniczne nastręczają przetoki, idące pod kobiecą piersią; w przypadkach ciężkich chirurg bywa czasem zmuszony do odjęcia piersi.

W przypadku zajęcia żeber, leżących pod łopatką, łopatka stanowi przeszkodę. Odnośną metodę operacyjną podał v. Saar. Robi on na wewnętrznym brzegu kąta łopatki— cięcie w formie litery T, wyosabnia i rozsuwa ku górze i ku dołowi mm. czwo-

roboczny i najszerszy grzbietu, przecina m. równoległoboczny i przez mocne uniesienie wewnętrznego brzegu łopatki stawia ją na zewnętrznym kącie. Odsłaniają się w ten sposób żebra od 2-go do 10-go na całej przestrzeni od linii pachowej aż do wyrostków ciernistych. W przypadku swoim v. Saar po odprowadzeniu na miejsce łopatki i zeszyciu przeciętego mięśnia — stwierdził, że ruchy górnej kończyny nie ucierpiały na zabiegu.

W ropniach i przetokach okołoopłucnych i okołoosierdziowych można zranić opłucną lub osierdzie; obawa przed zranieniem nie powinna jednak zmniejszać doszczętności zabiegu, gdyż zarówno opłucna, jak i osierdzie, reagując na sąsiedztwo ropnia stanem zapalnym, grubieją i tworzą wał ochronny, co wobec pewnej ostrożności pozwala uniknąć zranienia.

Samo wycięcie żebra robimy podokostnowo kleszczami kostnemi (najczęściej Glucka); trumny kostne szeroko otwieramy. Ogniska w mostku usuwamy ostrą łyżką, dłutem lub kleszczami kostnemi. Obojczyk przepiłowujemy w połowie piłką Giglego i, w razie zajęcia przymostkowej części, wyłuszczamy ją podokostnowo w stawie mostkowoobojczykowym.

Odnośnie do chorej chrząstki trzymamy się zasady, że należy ją wycinać od brzegu do brzegu wraz z ochrzęstną tak, by oba pozostałe kikuty były kostne. Kość odradza się szybko; chrząstka, jako tkanka bierna, narasta bardzo powoli; pozostawiona więc w ranie przeszkadza wypełnieniu się rany i podtrzymuje przetoki.

Szczególną baczność rozwinąć należy w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z chorobą chrząstek 5-go do 9-go żeber, gdyż tutaj, dzięki wyżej opisanemu układowi anatomicznemu, sprawa szerzy się łatwo z chrząstki na ochrzęstną i przechodzi na drugą stronę mostka. W przypadkach tych przystępować do operacyi należy jaknajszybciej.

Gdy chroba przybrała już szerokie rozmiary, nie należy cofać się przed całkowitem usunięciem wszystkich dolnych chrząstek. Robi się wtedy długie cięcie poprzeczne wzdłuż całego łuku żebrowego z rozgałęzieniami do pojedyńczych żeber.

Operacya taka nie pociąga za sobą niepomyślnych skutków; na miejscu usuniętej chrząstki rozwija się z czasem blasz-

ka kostna nieraz dużych rozmiarów. Choremu nie sprawia ona żadnych dolegliwości.

We wszystkich przypadkach operacyi na kościach klatki piersiowej rany zostawiamy szeroko otwarte. Zalewamy je czasem mieszanką jodoformową i zawsze wypychamy gazą jodoformową.

König (1906) wypowiada pogląd, że rany te należy szyć, pozostawiając jedynie otwór na sączki. Zdanie to popiera C. Beck (1910), radząc rany częściowo zaszywać. Przeciwko poglądowi temu stanowczo oponujemy, opierając się nietylko na tu opisanych przypadkach, ale i na doświadczeniu w praktyce prywatnej, gdzie w przypadkach, leczonych według zaleceń Königa, przetoki, mimo powtarzanych zabiegów, długie lata trwały, a gdzie ostateczne i trwałe wyleczenie nastąpiło dopiero po operacyach, wykonanych według opisanych tu naszych zasad.

Operacye nasze robione były przeważnie w znieczuleniu ogólnem. Ostatnio stosujemy znieczulenie morfinowochloroformowoeterowe. Wobec specyalnych wskazówek operacyę tę robić można i w znieczuleniu miejscowem, np. metodą Schleicha.

W przypadkach naszych nie mieliśmy powikłań przyoperacyjnych i zejść śmiertelnych bezpośrednio po operacyi. Z powikłań pooperacyjnych odnotowaliśmy jeden raz zapalenie płuc.

Paru naszych chorych po zagojeniu się ran operacyjnych zmarło na gruźlicę płucną; niektórzy inni — na choroby przypadkowe lub ze starości; u niektórych jednak po wyleczeniu kostnej sprawy stan płuc również znakomicie poprawił się. Wielu chorych piszą nam obecnie, po upływie 5 — 10 lat po operacyi, że są zupełnie zdrowi.

Praca powyższa pozwala na następujące wnioski:

1. We wczesnych przypadkach zamkniętej gruźlicy klatki piersiowej można próbować metody nieoperacyjnej przez opróżnianie ropnia i wstrzykiwanie 10% mieszanki jodoformowej.

2. Jeżeli po kilku wstrzyknięciach poprawa nie jest widoczna, należy przystąpić bezzwłocznie do leczenia operacyjnego.

3. Operować należy doszczętnie, usuwając wszystko gruźlicze; zasada doszczętności powinna tu być równie ściśle przestrzegana, jak w raku.

4. Chrząstkę należy wycinać całą wraz z ochrzęstną tak, by oba kikuty były kostne i by między nimi nie było cząstek chrząstki.

5. Szczególną baczność rozwinąć należy w przypadkach choroby chrząstek 5-go do 9-go żebra. W ciężkich postaciach należy tu wycinać wszystkie chrząstki dolnych żeber.

6. Cięcia operacyjne powinny być rozległe, rany pooperacyjne szeroko otwarte, leczone wypełnianiem gazą jodoformową.

7. We wszystkich przypadkach stosować należy ogólne leczenie za pomocą powietrza, słońca, słonych kąpieli i wzmożonego odżywiania.

8. W chorobach kości klatki piersiowej prześwietlanie Roentgena oddaje usługi zarówno w odróżnianiu ich od spraw opłucnych i różniczkowaniu gruźlicy od przymiotu, jak i w określaniu postaci i rozciągłości zmian w kości.

PIŚMIENNICTWO.

Beck. C. Die chirurgischen Krankheiten der Brust (tł. z angielskiego pr. Schrödera) 1910 r.

Braquehaye. De l'ostéomyélite des enfants en bas age, Gaz. hebdom. 1895 (Virchow—Hirsch's Jahresbericht.).

Chantemesse et Vidal. Des suppurations froides consécutives a la fièvre typhoïde. Mercredi méd. 1893, № 48.

Coulon Dc. Traitément de la tuberc. osseuse avec des injections focales de tuberculine Beranek. Revue med. de Suisse rom. 1907, № 6. Hildebrandt's Jabresber.

Calot F. Technique du traitement des tumeurs blanches. 1906.

Dmochowski i Janowski. 1895 r. Pamiętn. W. T. L. — Zieglers Beiträge, t. 17.

Esquerdo. Las condritis costales. Z. f. Chir. 1906, № 17.

Fiedler. Beitrag zur primären Osteomyelitis der Rippen. Münch. Med. Wochenschrift. 1908, № 5.

Fritz H. Die acute Osteomyelitis der Rippen. Beitr. zur Klin. Chir. t. 68, z. 1, 1910.

Fränkel. Ueber Erkrankungen des roten Knochenmarks. Mitteil. aus den Grenzgeb. 1903, t. XI

Fürbringer. Zur Klinik der Knochenentzündungen typhösen Ursprungs. Verh. des IX Kogr. f. innere Medic. 1890.

Hirschberg. Heilung schwerer Knochentuberculose durch Sonnebäder in Hochgebierge. Münch med. Woch. 1908, № 30.

Hüter. Erkankungen der Knochen. Hildebrandt's Jahresbericht. 1896.

Jacques. R. De la tuberculose du sternum. Thèse de Paris. 1910.

Kausch W. Die chirurgische Behandlung der Tuberculose. Therapie der. Gegenwart, 1910, res. 3 i 4.

Keen W. W. Surgery. Philadelphia u. London. 1908.

Klemm. Die Knochenerkrankungen im. Typhus. Arch. f. klin. Chir. Bd 46.

Kocher. Die acute Osteomyelitis. Deut. Zeitsch. f. Chir. 1879, t. II.

Kocher und Tavel. Vorles. über chirurg. Infectionskrankheiten. 1895.

König Fr. Die Tuberculose der Thoraxwand. Arch. f. klin. Chir., t. 79, z. I. 1906.

Lampe R. Ueber die Entzündung der Rippenknorpel nach typhus abdominalis. Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie, t. 53, z. 5 i 6. 1899.

Lexer E. Die Entstehung entzündlicher Knochenherde und ihre Beziehung zu den Arterienverzweigungen der Knochen. Arch. f. klin. Ch., t. 71, z. I. 1903 r.

Lexer E. Lehrbuch der allgemeinen Chir. 1908 r.

Marfan. Osteomyélite aiguë de la troisième côte gauche. Rev. génér. de clin. et chir. Paris. 1894.

Martina A. Ueber Knorpelnekrose. Arch. f. klin. Chir., t. 83, z. 4. 1907.

Mencière. Phénolisation et phenopuncture des tuberculoses osseuses et articulaires. Arch. prov. de chir. 1908. № 5.

Meyer Willy. Open-air and hyperemie treatment as powerful aids in the monagement of complicated surgical tuberculosis in adults. Amer jour. of the med. sciences. 1910. Z. f. ch. 1910. № 85.

Müller. Das Millonsche Reagens. Munch. Med. Woch. 1908. Zent. f. innere Med. 1907. № 12.

Oeterding en De Groot. Heilug der Rippenkaries nach Iniektion von Tuberkulin (Koch). Nederland. tiidschrift voor Geneeskunde. 1906. № 11. Hildebrandt's Jahresber.

Perutz. Zur Kasuistik der durch Pneumokokken bedingten akut-eitrigen Osteomyelitis. Münch. med. Wochenschr. 1898.

Pfisterer. Ueber Pneumokokken Gelenk- und Knocheneiterungen. Disser. Basel. 1902.

Quincke. Typhusbacillen in Knochenmark. Berl. klin. Wochenschr. 1894. № 15.

Reynier. Osteite tuberc. guérie par les bains. Bull. de la soc. de chir. de Paris. 1908. № 16. Hildebrandt's Jahresber.

Röpke W. Ueber progressive Rippenknorpelnekrose. Arch. f. klin. Chir. tm. 87, z. 4. 1908

Saar Freih von G. Zur operativen Freilegung der hinteren oberen Thoraxflache. Beitr. z. klin. Chir., t. 61, z. 2. 1909 r.
Schaefer H. Ueber Behandlung mit Carl Spenglers JK. Münch. Med. Wochensch. 1909. № 46.
Strauss M. Das Marmorekserum in der Tharapie chirurg. Tuberculose. Münch. med. Wochenschr. 1908. № 42.
Stulbron. Tuberculose et infections associées, These de Paris. 1906 r.
Tailhefer. Osteomyélite chronique d'emblée d'une côte. Arch. provin. de chirurgie. 1897 r.

Leczenie otwarte gruźlicy stawów ropnej *)

podał

WRZEŚNIOWSKI.

(Częstochowa).

Każdemu z chirurgów jest rzeczą aż nadto dobrze wiadomą, jakim ciężarem dla szpitali są chorzy z gruźlicą chirurgiczną, ile czasu każdy tego rodzaju chory pozostaje w szpitalu, ile nacierpi się sam i nieraz z jego powodu jego sąsiedzi, ile kłopotów i pracy ma z nim lekarz. Szczególniej daje się to we znaki oddziałom szpitalnym i szpitalom prowincyonalnym, gdzie każdy chory z gruźlicą kości i stawów w miarę obecności wolnego miejsca musi być przyjęty. Kliniki chirurgiczne są pod tym względem w położeniu o tyle dogodniejszem, że mogą dobierać sobie wdzięczniejszy do zabiegów operacyjnych i wyleczenia ostatecznego materyał.

Mając u siebie w szpitalu częstochowskim liczny zastęp chorych z gruźlicą chirurgiczną, usiłowałem możliwie najkrótszą drogą trafić do ostatecznego celu — do stałego zagojenia, a cel ten, jak wszystkim wiadomo, nie zawsze jest do osiągnięcia łatwy.

Po za tem, mamy jeszcze drugą trudność, a mianowicie — nie możemy nawet w przybliżeniu określić, jaki będzie przebieg choroby, wzgl. gojenia pooperacyjnego u danego osobnika, zgłaszającego się do szpitala. Chorzy zamożni, rozporządzający wszelkimi środkami do prowadzenia leczenia, stanowią nieco odmienną kategoryę. Każdemu z nas trafiali się pacyenci, przy-

---

*) Podług przemówienia na Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie d. 6, 7 i 8 X. 1910 r.

bywający do szpitala z małem ogniskiem gruźliczem, w zupełnie dobrym stanie ogólnym z dobrem odżywianiem i bez oznak niedokrwistości oraz bez zmian w płucach. Po zoperowaniu takiego osobnika przebieg gojenia był pewien czas bez zarzutu, potem atoli chory tracił łaknienie, przybladł, zaczął chudnąć, ziarnina w ranie ginęła, ciepłota ciała zaczęła trochę podnosić się; w jakiś czas potem zaczęły pokazywać się nowe ogniska gruźlicy, wreszcie przyszła gruźlica płuc, na którą chory zmarł. Znamy też wszyscy i zupełnie inny rodzaj pacyentów. Przyjmujemy do szpitala osobnika do ostateczności wychudzonego, bladego, ze znacznemi zmianami gruźliczemi w stawie lub kości. W jakiś niedługi czas po zoperowaniu chory nabiera wyśmienitego łaknienia bez stosowania jakichkolwiek środków farmaceutycznych, bez trudności zjada podwójną porcyę szpitalną, szybko przybywa mu na wadze, rany i przetoki goją się pomyślnie i w parę lub kilka miesięcy pacyent opuszcza szpital, wygojony zupełnie, dobrze odżywiony, z rumieńcami na twarzy. Te dwa rodzaje pacyentów są to dwie ostateczności, jakie trafiają się nam w praktyce szpitalnej, ale dają nam one oczywisty dowód, że przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego nie posiadamy żadnego sposobu zmierzenia odporności danego osobnika w stosunku do gruźlicy, a co zatem idzie, i rokowania o przebiegu pooperacyjnym. Wskutek tego na zasadzie ogólnego wyglądu chorego, o ile niema po temu wskazówek ze strony stanu płuc, nie możemy z góry rozstrzygać, jaką drogę postępowania mamy obrać w leczeniu ropnej gruźlicy stawów: drogą zachowawczą, przez wykonanie wycięcia torebki maziowej, częściowego lub całkowitego wycięcia stawu, lub też wobec dużych zmian w stawie i daleko idącego zajęcia tkanek sąsiednich odrazu przystępować do ucięcia kończyny. Mając obowiązek leczenia każdego pacyenta z możliwie największą dla niego korzyścią i najmniejszem upośledzeniem sprawności chorego narządu, musimy zawsze prawie zaczynać od leczenia drogą zachowawczą, co nieraz zresztą prowadzi do późniejszego odjęcia członka. Jako żywy wzór do tego pozwolę sobie przytoczyć przykład.

Przed czterema z górą laty przyjąłem do szpitala jednego dnia dwie chore z gruźlicą ropną stawu skokowego: jedną dobrze odżywioną i dobrze wyglądającą, drugą chudą i bladą.

W kilka dni obie zoperowałem tego samego dnia. Wycięcie torebki maziowej, częściowe wycięcie stawu. Owa chuda po kilku miesiącach opuściła szpital z zupełnie wygojoną raną i rumiana, a po 4 latach była przedstawiona na zjeździe chirurgów w Warszawie, bez nawrotu gruźlicy przez cały ten przeciąg czasu; przybyło jej tylko owrzodzenie podudzia, pozostałe po przebytej w domu róży. Tymczasem tamtej, początkowo lepiej wyglądającej chorej i z mniejszemi zmianami w stawie, po paru miesiącach zmuszony byłem odjąć nogę w podudziu z powodu coraz bardziej upośledzonego odżywiania ogólnego, lekko podniesionej ciepłoty ciala i powiększającego się rozpadu rany.

W leczeniu i operowaniu gruźlicy ropnej w tkankach miękkich uważałem, że goi się ona o tyle dobrze w sprzyjających warunkach indywidualnych pacyenta, o ile ognisko jest otwarte od końca do końca, i o ile podczas każdego opatrunku możemy całą ranę dokładnie obejrzeć i każde pokazujące sie na nowo ognisko gruźlicze odrazu opanować, a wiemy bardzo dobrze, jak często trafia się to w postaci szybko narastającej ziarniny wodnistej, która, zaniedbana, tworzy potem masy serowate, lub też przedstawia się w postaci drążących albo podżerających brzegi owrzodzeń gruźliczych. Skoro tylko warunki anatomiczne nie pozwalają na tego rodzaju zoperowanie danej okolicy, i zmuszeni jesteśmy zostawiać zaułki, kieszenie i daleko idące kanały, gojenie rany zawsze jest powikłane, znacznie przeciąga się i opóźnia, a nieraz pozostają niedające zagoić się przetoki.

Te właściwości gruźlicy ropnej pchnęły mnie w kierunku szukania podobnych sposobów operowania i leczenia stawów. Staw nie tylko w czasie operacyi winien być tak otwarty, aby była możność jaknajdokładniejszego obejrzenia wszystkich zakątków i usunięcia wszystkiego, co jest chore, lecz żeby i podczas każdego opatrunku można było otwierać go szeroko, wszystkie zakątki rany dokładnie obejrzeć, każde nowopowstające ognisko odrazu wyciąć, czy też wyskrobać lub przypalić. Trzymając się tych ogólnych zasad, zacząłem od roku 1901 stosować szerokie otwieranie stawów, zajętych gruźlicą ropną, i otwarte ich leczenie, bez nakładania szwów. Potrosze, stosując ściśle lub zmieniając znane sposoby, używane głównie do wycięcia stawów, wyrobiłem sobie pewien typ dla każdego poszczególnego stawu, który poniżej podaję.

1. Staw ramienny. Cięcie poprzeczne: od wyrostka kruczego do początku grzebienia łopatki pod brzegiem wyrostka barkowego, przez wszystkie warstwy aż do stawu, z wyjątkiem długiej głowy m. dwugłowego, i dwa podłużne cięcia do kości, jedno na przednim brzegu guza większego kości ramiennej, drugie od tylnego kąta wyrostka barkowego ku dołowi. Oba cięcia podłużne winny być prowadzone ku dołowi tak daleko, jak tego wymagają zmiany chorobowe kości ramiennej, oraz aby dawały możność wydostania całej główki kości ramiennej nazewnątrz rany. Prowadząc podłużne cięcia, należy zwracać uwagę, aby przednie szło wzdłuż wewnętrzego brzegu długiej główki m. dwugłowego i dało możność odsunięcia w ranie tejże, a względnie i górnej części mięśnia ku wewnątrz, tylne zaś cięcie winno trafić w przedział między mięśniami: ramiennym wewnętrznym i trójgłowym ramienia. (Cięcie poprzeczne a b fig. 1 i b c fig. 2, podłużne przednie ad fig. 1, podłużne tylne ce fig. 2).

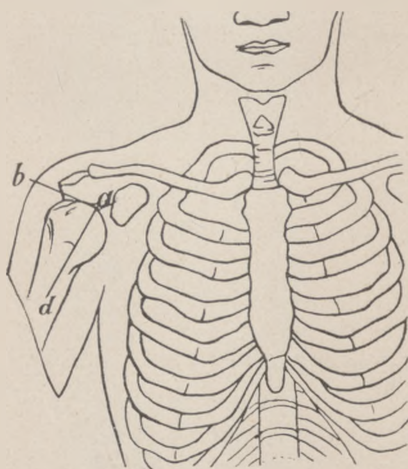


Fig. 1.

Po otworzeniu stawu w ten sposób pomocnik wkłada jedną rękę pod pachę, drugą sprowadza łokieć na przód klatki piersiowej, i wtedy cała główka kości ramiennej wychodzi na zewnątrz. Teraz można zupełnie łatwo wykonać wycięcie torby

maziowej, dokładnie obejrzeć główkę, szyję, a nawet duży kawał kości ramiennej oraz powierzchnię stawową i szyję łopatki. Co w kości jest wyraźnie chore lub nawet podejrzane, daje się wyskrobać lub wyciąć dłutkiem, czy też odpowiedniemi nożycami kostnemi. W ten sposób można wyciąć tylko chore części kości, unikając typowego wycinania główki i skrócenia kończyny, w razie zaś potrzeby można wyciąć nawet znaczną część kości ramiennej i łopatkę w szyi, nie przedłużając nawet cięcia. Tą drogą wypadło mi raz wyciąć głowę i 10 cent. kości ramiennej oraz łopatkę w szyi.

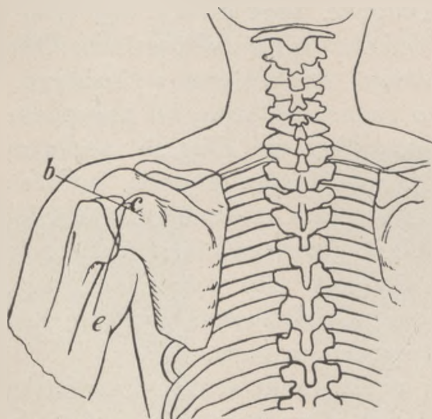


Fig. 2.

Po dokonaniu rękoczynu całą ranę wypycham gazą, i przywiązuję kończynę do tułowia. Podczas każdego opatrunku, po wyjęciu gazy, widzimy doskonale całą powierzchnię rany; o ile głowa kości ramiennej została, odpowiednim ruchem ręką chorego możemy każdej chwili wysunąć głowę na zewnątrz rany.

2. Staw łokciowy. Cięcie poprzeczne: od zewnętrznej powierzchni stawu między głową kości promieniowej i kością ramienną przez wyrostek łokciowy, który zostaje przecięty lub przepiłowany, do brzegu rowka dla nerwu łokciowego lub, jeżeli zachodzi potrzeba, dalej do brzegu kłykcia wewnętrznego kości ramiennej z wyłonieniem nerwu łokciowego z jego rowka, o ile jednak można, lepiej nerwu nie wyłaniać i gołego w ranie nie

zostawiać. Prostopadle do tego cięcia prowadzimy dwa prawie równoległe do siebie, podłużne: jedno przez tylny kant kości łokciowej, odchylające się od linji prostej na wysokości podstawy wyrostka łokciowego i przechodzące ku górze na zewnętrzny brzeg rowka dla nerwu łokciowego, drugie przez kłykieć zewnętrzny kości ramiennej do góry i na dół po kości promieniowej. Długość tych dwóch cięć jest zależna od rozległości sprawy dokoła stawu i w kościach. Odciętą górną część wyrostka łokciowego dobrze jest wyłuszczyć. Cała rana ma kształt litery H o różnej, zależnie od przypadku, długości równoległych ramion. W razie długich podłużnych cięć trzeba torować drogę do kości przez powięź, oddzielającą jeden mięsień od drugiego, inne zaś mięśnie oddzielać od kości na miejscu przyczepu. Nie wyszczególniam tutaj mięśni, uważając tę sprawę za ogólnie znaną. Po wykonanem wycięciu torby maziowej, częściowem lub całkowitem wycięciu końców stawowych, ranę całkowicie wypycham gazą.

Ze względu na stosunki anatomiczne okolicy stawu łokciowego i górnej części przedramienia, należy mieć na uwadze, że w rozległej sprawie gruźliczej w przypadkach zadawnionych i zapuszczonych każdą przetokę czy też ślepą zatokę należy doskonale rozszerzyć przez odłuszczanie mięśni jeden od drugiego, lub też od nerwów i naczyń, na skórze zaś robić szerokie przeciwotwory. Ten dodatkowy zabieg znakomicie zmniejsza i czas gojenia, i bolesność opatrunków.

Przedstawiany na zjeździe chirurgów w Warszawie chory z wygojoną od roku rozległą gruźlicą ropną stawu łokciowego i licznymi zaciekami i przetokami w górnej $^{1}/_{3}$ przedramienia i dolnej $^{1}/_{3}$ ramienia miał około 10 szerokich przeciwotworów dokoła stawu, na przedramieniu i ramieniu. Cięcie poprzeczne z tyłu na łokciu oraz części przeciwotworów na przedramieniu i ramieniu widać na załączonych fotografiach (fig. 3 i 4).

Obecnie chory ten jest wygojony bez przetoki; w stawie łokciowym zachował ruchy czynne rozległości około 45^{0}. Dodać należy, że przed operacyą chora ręka była w łokciu grubości średniego uda dorosłego człowieka, w czasie operacyi zaś w samym stawie, prócz wycięcia torby maziowej, miał wykonane częściowe wycięcie końców stawowych wszystkich trzech kości, składających staw łokciowy, odcięty przyczep m. trójgłowego

ramienia. Płatowe cięcie do wycięcia stawu łokciowego podał Wiliam Lewy z Berlina w № 18 Zentralblatt für Chirurgie z r. 1909, cięcie to jest jednak nieodpowiednie do otwartego leczenia pooperacyjnego.

3. Stawu napięstkowego i I stawów palców rąk nie próbowałem w ten sposób operować i leczyć ze względu na konieczność zachowania dokładnej sprawności ścięgien mięśni, prostujących palce. Na drugich i trzecich stawach palców rąk



Fig. 3.

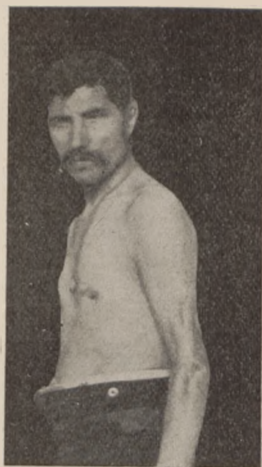


Fig. 4.

tego rodzaju operowanie: poprzeczne cięcie przez wszystkie warstwy do stawu i otwarte leczenie stosowałem z pomyślnym wynikiem pod względem zupełnego wygojenia rany, lecz ze sztywnością stawu. Stosowałem to jednak tylko w rozpaczliwie daleko posuniętych przypadkach i wtedy tylko, kiedy chory uparł się, aby mu palca nie odejmować, boć przecie taki palec pod względem sprawności czynnościowej mało różni się od odjętego.

4. Do operowania stawu biodrowego używałem znanych w wycinaniu tego stawu sposobów operacyjnych, dobierając ta-

ki, jaki najwięcej odpowiadał umiejscowieniu ropnia, lub większej liczbie przetok.

5. Do operowania stawu kolanowego stosowałem cięcie w kształcie litery H. Poprzeczna kreska litery powinna wypaść wprost nad linią stawową, czyli poprzeczne cięcie przechodzi pod samym dolnym brzegiem rzepki, dochodząc na wewnątrz do wysokości dolnego brzegu kłykcia wewnętrznego kości udowej, na zewnątrz do wysokości główki kości strzałkowej. Więzy boczne wewnętrzny i zewnętrzny zostają przecięte. Dwa równoległe, a w stosunku do kończyny cięcia podłużne boczne idą: wewnętrzne przez kłykieć wewnętrzny, zewnętrzne przez kłykieć zewnętrzny (Fig. 5). Część każdego z obu podłużnych cięć, znajdująca się na udzie, jest znacznie dłuższa od części, znajdującej się na goleni. Zależnie od potrzeby każdego poszczególnego przypadku cięcia boczne oba lub jedno mogą być dłuższe lub krótsze na udzie czy podudziu, mogą być prowadzone bliżej lub dalej od brzegu rzepki, zawsze jednak idą do samej kości. Rzepkę najlepiej odrazu wyłuszczyć.



Fig. 5.

W ten sposób otwarty staw kolanowy, po podniesieniu obu płatów (górnego i dolnego), daje doskonały dostęp do samego stawu, do jego górnego uchyłka, a po przecięciu więzów wewnątrzstawowych i do tylnej części stawu i tylnych powierzchni kości udowej i piszczelowej. Po wykonaniu potrzebnych zabiegów cały staw wykładamy gazą, którą podkładamy też pod oba płaty i między ich brzegi. Po zabandażowaniu kończyny należy nałożyć opatrunek unieruchomiający; rodzaj tego opatrunku trudno wskazać, ponieważ każdemu chirurgowi najlepsze usługi oddaje taki opatrunek, którego najczęściej używa i który przyzwyczaił się najlepiej do swoich potrzeb przystosowywać.

Podczas zmiany opatrunku, po zdjęciu przykrywających ranę warstw zginamy kończynę w stawie kolanowym, który otwiera się, jak na zawiasie, bez bólu dla chorego, wyjmujemy

gazę, oglądamy starannie wszystkie zakątki i wkładamy świeżą gazę, a potem dopiero prostujemy kończynę. Gojenie rany w ten sposób trwa długo, bo śmiało można liczyć, że nie mniej od 6 miesięcy, lecz jeżeli rana jest starannie traktowana i wszelkie nawroty gruźlicy w różnej postaci od razu usuwane, otrzymujemy dobre zesztywnienie ze stałem zagojeniem. Wielkiej staranności i dbałości wymaga taka rana i z innego względu, a mianowicie, że powierzchnia jej jest wielka i z tego powodu łatwo o jej zakażenie już nie gruźliczej natury.

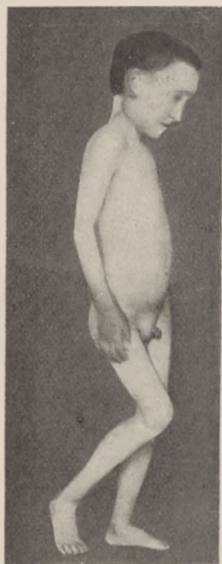


Fig. 6.



Fig. 7.

Fig. 6 i 7 przedstawiają fotografie 7 letniego chłopca w $1^1/_2$ roku po wygojeniu operowanej ambulatoryjnie ropnej gruźlicy stawu kolanowego. Rzepka wyłuszczona. Przypadek był zadawniony z dużemi zmianami na udzie, a jeszcze bardziej na podudziu. Od operacyi do zupełnego wygojenia sprawa trwała blizko $1^1/_2$ roku. W ciągu tego czasu przez parę miesięcy przynoszono dziecko na opatrunki do szpitala, później leczono je

w domu, zapewne przy pomocy felczera. W czasie opatrunków w domu zaniechano unieruchomiania kończyny w wyprostowanem położeniu i otrzymano zesztywnienie przykurczonej kończyny. W jakiś czas po zagojeniu ojciec zgłosił się o poradę z powodu przykurczenia, lecz na dodatkowy zabieg nie chciał zgodzić się.

Takie są wyniki leczenia zbyt mało inteligentnych pacyentów. W szpitalu nie chce zostawić dziecka, choćby to miało być na koszt miasta lub gminy, a skoro przeminie mu pierwszy strach po operacyi i widzi, że stan chorego potrosze poprawia się, nie chce mu się przynosić dziecka do szpitala na ambulatoryjne i bezpłatne opatrunki. Dobrze jeszcze, jeżeli nie występuje do lekarza z pretensyami o „zepsucie“ ręki lub nogi.

6. Staw skokowy. Cięcie typowe Huetera przez wszystkie warstwy do stawu. Przebieg operacyi najlepiej wyjaśnią fotografie, zdejmowane w czasie samego zabiegu.

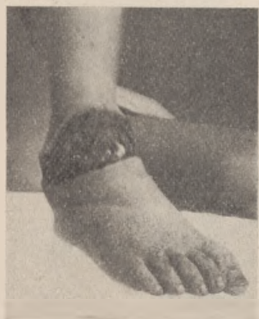


Fig. 8.



Fig. 9.

Fig. 8. Staw otwarty cięciem Huetera. W ranie widać gruźlicze masy, wychodzące ze stawu.

Fig. 9. Staw odemknięty na tylnej zawiasie, cały wypełniony gruźliczemi masami, które w zupełności zasłaniają chrząstki na powierzchniach stawowych kości.

Fig. 10. Staw po skończonej operacyi. Wykonane wycięcie torby maziowej i częściowe wycięcie kości: *a* — odcięty dolny koniec kości strzałkowej, długości około 4 cm. i *b* wycięta część bocznej powierzchni kości piszczelowej, w miejscu połączenia z kością strzałkową. Tak odemknięty staw wykłada się gazą, a potem składa.



Fig. 10.



Fig. 11.

Fig. 11. Rana pooperacyjna, wyłożona gazą. Podczas każdego opatrunku staw otwiera się, jak na fig. 10, wyjmuje gazę, wkłada świeżą, a następnie zamyka staw, jak na niniejszej figurze. Nakładając opatrunek unieruchomiający, należy zawsze baczną zwracać uwagę na ustawienie stopy pod kątem prostym do goleni, aby nie wygoić stawu w ustawieniu stopy końskiej.

Fig. 12. Noga blizka wygojenia: *a* — pasek ziarniny na grzbiecie stawu skokowego, *b* i *c* — dwa świeże owrzodzenia gruźlicze, o wyglądzie kraterowatym, z dążnością do drążenia wgłąb.

Fotografie te są robione z nogi 12-letniej dziewczynki, która od 3 lat jest zupełnie wygojona, dotąd bez nawrotu. Na wygojonej nodze chodzi prawie nie utykając, bez pomocy laski, i jest w możności robienia dłuższych kursów bez zmęczenia i bólu w chorej nodze.

Zagojenie w tym stawie następuje z zupełnem zesztywnieniem. Pomimo, iż ścięgien nie zeszywam nawet po zupełnem zagojeniu rany, stopa utrzymuje się na stałe pod kątem prostym do goleni; chorzy w jakiś czas po zagojeniu i chodzeniu odzyskują dosyć znaczne ruchy czynne palców nogi.



Fig. 12.

7. Stawy stępu—zupełnie takie samo cięcie poprzeczne przez grzbiet stopy od jednego jej brzegu do drugiego, jak w stawie skokowym, i takie samo odemknięcie stawów na zawiasie, którą stanowią tkanki miękkie podeszwy. Postępowanie w czasie opatrunków, jak w stawie skokowym.

Cięcia, podane powyżej, są, oczywiście, typem, od którego bardzo pospolicie operujący musi robić większe lub mniejsze odstępstwa, zależnie od zmian chorobowych w każdym poszczególnym przypadku.

Tak np. w operowaniu stawu łokciowego lub kolanowego jedno z równoległych ramion litery H może wypaść bardzo krótkie lub wypadnie zrobić tylko jedną połowę tego ramienia, natomiast drugie ramię będzie bardzo długie; w operowaniu stawu skokowego lub stawów stępu prócz samego cięcia poprzecznego może zajść potrzeba wykonania dodatkowych cięć podłużnych. Krótko mówiąc, nie można krępować się szematem, a robić tak, jak tego wymagają zmiany chorobowe i pamiętać o tem, że więcej pożytku daje cięcie nieco zbyt długie, niż odrobinę zakrótkie. Niema co mówić o tem, że należy unikać przecięcia pni nerwowych i naczyniowych, ale nie zawadzi

wspomnieć, że należy unikać, o ile tylko można, poprzecznego przecinania mięśni, poruszających poniżej leżące stawy. Nie powinniśmy natomiast krępować się przecięciem mięśni, poruszających chory staw w jednym kierunku, a tutaj zawsze wyprostnych, ponieważ:

1) dążymy do otrzymania mocnego zesztywnienia i
2) jak przekonywują przykłady, odcięte mięśnie przyrastają na swoje miejsce za pomocą blizny i, o ile zachowała się ruchomość stawu, zupełnie wystarczająco sprawują potem swoją czynność.

Materyał opatrunkowy. Za najodpowiedniejszy materyał do wykładania ran po operacyi i w dalszych opatrunkach stawów, dotkniętych gruźlicą ropną, uważam 10% gazę jodoformową glicerynowaną. Gaza glicerynowana ma tę wyższość nad suchą, że bez porównania lepiej wchłania wydzielinę rany, a szczególniej daje się to zauważyć w mniejszem ropieniu rany, kiedy opatrunek pozostaje niezmieniany w ciągu paru lub kilku dni. W takich warunkach sucha gaza przysycha do brzegów rany, tworzy nieprzepuszczalną warstwę, wskutek czego w ranie zbiera się duża ilość wydzieliny, wzgl. ropy, podczas gdy powierzchnia opatrunku pozostaje zupełnie sucha.

W ten sposób można być łatwo wprowadzonym w błąd i sądzić, że rana w ciągu kilku dni wydzieliła tak mało płynu, iż nie było go dosyć, aby przesączył się przez wszystkie warstwy opatrunku. Dopiero zmieniając opatrunek przekonujemy się, że w ranie nagromadziła się znaczna ilość płynu, która zmacerowała ziarninę. Należy mieć też na uwadze, że takiemu zatrzymaniu ropy w stawie nie zawsze towarzyszy podniesiona ciepłota lub ból w ranie, co wskazywałoby zaraz, że dzieje się coś niedobrego i że należy niezwłocznie do rany zajrzeć. Gaza glicerynowana takich niespodzianek nie daje. O ile nie można dostać gotowej gazy glicerynowanej, można bardzo łatwo zaradzić temu, nalewając do słoju z suchą gazą mieszaninę, składającą się z jednej części gliceryny i 3 części 2% wodnego rozczynu karbolu. Mieszaninę płynów przed wlaniem do gazy gotujemy. Po tygodniu moknięcia w tym płynie możemy gazę śmiało używać do opatrunków bez obawy zakażenia. Ostrożność trzymania gazy w rozczynie karbolu jest konieczna w szpitalu z małymi środkami materyalnymi, ponieważ gaza jodoformowa

wyjaławiana fabrycznie w hermetycznych naczyniach jest droga, niewyjałowiona nie jest aseptyczna, od wyjałowienia w parze prawie cały jodoform ulatnia się, a od wyjałowienia przez gotowanie, pomimo iż gaza była zawinięta w grubą warstwę waty, traci prawie cały jodoform. Że jodoform jest pewnego rodzaju specyfikiem w gruźlicy chirurgicznej, wiemy dobrze ze skuteczności wstrzykiwań zawiesiny jodoformowej do ognisk gruźliczych.

Sama gaza wyjałowiona nie jest odpowiednia do wykładania rany pooperacyjnej, już przed operacyą zakażonej. Pierwsza zmiana opatrunku powinna nastąpić po 4—6 dobach po operacyi, tymczasem w ranie, wyłożonej wyjałowioną gazą, krew i wydzielina rany rozkładają się, cuchną, ciepłota ciała podnosi się, co zmusza do przedwczesnej zmiany opatrunku. Gaza srebrna Credégo matowa i błyszcząca nie odpowiedziała pokładanym w niej nadziejom. U osobników, mających idiosynkrazyę do jodoformu lub w przypadku ran o nazbyt obszernej powierzchni, gdzie zachodzi obawa zatrucia albo też gdzie wystąpiły już pierwsze jego objawy, gazę jodoformową najlepiej zastępuje gaza chinozolowa glicerynowana. W szpitalu przyrządzamy ją sami w sposób następujący: w mieszaninie 1 części czystej gliceryny i 3 części wody przekroplonej rozpuszczamy chinozol w proszku w stosunku 1 : 500 i w płynie tym gotujemy gazę higroskopijną. Dodać należy, że gaza glicerynowana rany nie drażni i bólu nie sprawia.

Do unieruchomiania stawów po operacyi do leczenia za najwygodniejsze uważam koszyki druciane odpowiednich kształtów i wymiarow. Są one tanie i łatwo jest mieć ich potrzebny komplet i zapas.

Wyniki operacyi miewałem rozmaite. Część chorych zmarła na gruźlicę: jeden chory w dwa tygodnie po operacyi dostał gruźlicy prosówkowej, u drugiego prawie w dwa miesiące po operacyi wystąpiły objawy gruźlicy opon, część zmarła w rok i więcej po operacyi na gruźlicę płuc. W innych przypadkach miewałem nieraz nie dające się powstrzymać szerzenie się gruźlicy w ranie operacyjnej zarówno w kości, jak i w miękkich tkankach dokoła stawu. Tutaj byłem zmuszony uciekać się do odcięcia kończyny. W innych wreszcie przypadkach otrzymywałem trwałe zagojenie. Mówię trwałe, gdyż pomimo, że

dotąd nawrotu cierpienia w zagojonym stawie nie widziałem, nie mam jednak odwagi mówić o zagojeniu stałym ze względu na samą istotę cierpienia i skłonność do odnawiania się starych ognisk. Nie jestem w możności zestawienia dokładnej statystyki wyników tego sposobu operowania i leczenia z tego powodu, że dosyć znaczna część moich chorych zginęła mi zupełnie z oczu i od pewnego czasu nie mogę dowiedzieć się o miejscu ich zamieszkania, a zatem i stanie zdrowia — z tego jednak, co wiem o losie moich pacyentów, 40—50% zostało wyleczonych z trwałym wynikiem pomyślnym: rana zupełnie zabliźniona, bez przetok i nawrotów.

Sprawność stawów operowanych po wygojeniu była zawsze znacznie upośledzona, gdyż w ogromnej większości przypadków następowało zupełnie nieruchome, twarde zesztywnienie, a w niektórych — niezbyt rozległe ruchy czynne. Zasługuje tutaj na uwagę fakt, że w przypadkach, gdzie na powierzchniach stawowych spotykałem zdrowe chrząstki i nie ruszałem ich, staw wygajał się w zesztywnieniu, tam zaś, gdzie chrząstki były po części rozpuszczone, resztę ich zeskrobywałem i wycinałem kawałki powierzchni stawowej kości, tam właśnie w pewnej, niewielkiej zresztą, liczbie przypadków chorzy odzyskiwali po wygojeniu część ruchów czynnych. Nie należy też zapominać, że jedna grupa mięśni (wyprostne), albo były przecięte, albo przyczepy ich przy danym stawie były odłuszczone od kości.

Po operowaniu i leczeniu w ten sposób stawów, zajętych gruźlicą ropną, najgorsze wyniki dawał mi staw kolanowy, następnie — ramienny, najlepsze zaś staw skokowy i stawy stępu, nadspodziewanie dobre — staw łokciowy, który odzyskiwał część ruchów czynnych, dlatego mówię nadspodziewanie dobre wyniki, ponieważ trwałe zagojenie stawu z gruźlicą ropną we właściwym ustawieniu kończyny w danym stawie i z mocnem zesztywnieniem uważam za wynik zupełnie wystarczający, a odzyskanie choćby tylko części ruchów czynnych po wykonanem wycięciu torby maziowej i częściowem wycięciu kości przypisać raczej należy szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, którego na stałe nie można brać w rachubę i liczyć stale na taki wynik.

Te same sposoby operowania i leczenia, lecz z lepszym wynikiem, stosowałem w czysto ropnych, lecz zadawnionych

i zapuszczonych cierpieniach stawów pochodzenia urazowego lub samoistnego, jak np. zapalenie ropne szpiku kostnego kości stępu lub górnej nasady kości piszczelowej, albo dolnej kości udowej, jako nawrót dawniej przebytego zapalenia szpiku w trzonie.

Piśmiennictwa nie podaję, ponieważ w znanem mi piśmiennictwie chirurgicznem nie spotykałem podobnego sposobu leczenia pooperacyjnego stawów, dotkniętych gruźlicą ropną. O ile wiem, jedynie Mikulicz stosował otwarte leczenie rany pooperacyjnej po wyłuszczeniu gruczołów chłonnych szyi, dotkniętych gruźlicą ropną.

Obecnie, przy przeglądaniu piśmiennictwa, w podręczniku Velpeau z r. 1840. (Nouveaux éléments de médicine opératoire Bruxelles), znalazłem identyczne sposoby operowania stawu łokciowego (tom 1 str. 576), ramiennego (tom 1 str. 581) i kolanowego (str. 596), podane, jako metody Moreau wycięcia stawów.

Staw ramienny. Sposób Moreau. Nouveaux éléments de médicine opératoire par Velpeau. Bruxelles 1840. Str. 581 tom 1.

Staw łokciowy ibidem str. 576.

Staw kolanowy ibidem str. 596.

Bardzo byłbym ciekawy wyników, gdyby który z kolegów-chirurgów zechciał sprawdzić moje spostrzeżenia, po otwartem leczeniu zoperowanych stawów, zajętych gruźlicą ropną. Przypuszczam, że w szpitalu z lepszymi warunkami zdrowotnymi, niż szpital częstochowski, przy mniejszej ciasnocie na salach i lepszej kuchni, możnaby otrzymać znacznie lepsze wyniki, bo nie ulega wątpliwości, że dobre warunki hygieniczne znacznie powiększają odporność ustroju i tą drogą ułatwiają zwalczanie gruźlicy zarówno wewnętrznej, jak i chirurgicznej.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O ropniach podprzeponowych

(Według odczytu, wygłoszonego dnia 9 lutego 1911 r. na posiedzeniu chirurgicznem T. L. W).

zestawił

BRONISŁAW SZERSZYŃSKI.

W historyi rozwoju nauki o ropniach podprzeponowych widzimy długi okres — od początku XVIII stulecia do połowy XIX, kiedy stanowiły one curiosa anatomopatologiczne, nie rozpoznawane w klinice. Od roku 1845, w którym Barlow pierwszy rozpoznał ropień podprzeponowy za życia chorego, datuje się drugi okres; duże postępy robi wtedy diagnostyka omawianej sprawy chorobowej, leczenie wszakże nie wkroczyło jeszcze na właściwe tory: cierpienie pozostawiano jego biegowi naturalnemu, skutkiem czego odsetek zejść śmiertelnych przekraczał 90. Wreszcie rok 1890 rozpoczyna trzeci okres w rozwoju tego przedmiotu, okres leczenia chirurgicznego, zapoczątkowanego przez Debove'a i Rèmonda, którzy rozpoznany uprzednio ropień podprzeponowy nacięli i sączkowali. Dzięki właściwie postawionej sprawie leczenia odsetek zejść śmiertelnych w okresie tym spada z 92 do 46, w przypadkach zaś operowanych — do 33, a nawet — do 26 (Perutz) i 19 (Barnard).

Etiologia. Przyczyna ropni podprzeponowych leży zazwyczaj w cierpieniu któregoś z narządów jamy brzusznej lub klatki piersiowej.

Pod względem częstości na pierwszem miejscu postawić należy przedziurawienie żołądka z powodu wrzodu okrągłego tegoż: spostrzegano je w 29% wszystkich ogłoszonych drukiem

przypadków. Przedziurawienie dwunastnicy dla tej samej przyczyny, żołądka w raku lub po urazie, przedziurawienie brzusznej części przełyku — jako przyczynę ropni podprzeponowych zaznaczano bardzo rzadko. Względnie często występuje to cierpienie na skutek zapalenia wyrostka robaczkowego: Sonnenburg np. widział je 9 razy na 300 przypadków owego cierpienia, a w statystyce ropni podprzeponowych etiologię tę spotykamy w 25%, u Körtego nawet w 45%. To samo powiedzieć można o cierpieniach wątroby i dróg żółciowych, że wymienimy tu ropnie, bąblowiec wątroby, zapalenie pęcherza i przewodów żółciowych, wreszcie — gruźlicę i promienicę wątroby. Do rzadszych przyczyn zalicza się cierpienia śledziony, nerki, tkanki okołonerkowej i trzustki. Sprawy zapalne płuca i opłucnej również bywają punktem wyjścia zakażenia przestrzeni podprzeponowej. Zwykle widuje się wstępujący kierunek zakażenia — z jamy brzusznej do klatki piersiowej, w wyjątkowych jednak razach sprawa zapalna szerzy się w kierunku odwrotnym czy to drogą przedziurawienia przepony, czy też za pośrednictwem naczyń chłonnych. Prócz tego spostrzegano ropnie podprzeponowe w związku z urazem (postrzał, pchnięcie nożem, uderzenie), z cierpieniami kobiecemi, z gruźlicą otrzewnej, żeber, wątroby, z promienicą płuc, opłucnej lub wątroby. W pewnej liczbie przypadków były to ropnie przerzutowe po ostrych chorobach zakaźnych. Wreszcie istnieją spostrzeżenia z etiologią niewiadomą. Liczba ich stale zmniejsza się w miarę rozwoju wiedzy lekarskiej. Maydl np. w swej wartościowej pracy o ropniach podprzeponowych, wydanej w r. 1894, wypowiada zdziwienie z tego powodu, że cierpienia trzustki, tak blizko sąsiadującej z przeponą, nie bywają przyczyną omawianej sprawy chorobowej, tymczasem statystyki lat ostatnich już wykazują poważną rolę trzustki w etiologii ropni podprzeponowych. Z nadnerczami rzecz ma się prawdopodobnie tak samo, jak do niedawna z trustką, i pewną część przypadków z etiologią niewiadomą odnieść należy prawdopodobnie na rachunek cierpień tego narządu, jako sprawy pierwotnej. Na dowód tego przytoczyć możemy nieogłoszony jeszcze przez Quenu przypadek ropnia podprzeponowego, którego przyczyną był ropień nadnercza.

W większości spostrzeżeń z etiologią niewiadomą przy-

puścić musimy zakażenie przestrzeni podprzeponowej przez pośrednictwo naczyń chłonnych, pochodzące z przewodu pokarmowego; do tego upoważnia nas ten fakt, że u wielu odnośnych chorych zaznaczono zaburzenia żołądkowokiszkowe przed wytworzeniem się ropnia podprzeponowego.

O częstości występowania tego lub innego czynnika etiologicznego dają pojęcie liczby, zebrane przez Piquanda, dotyczące ogłoszonych drukiem 890 przypadków ropni podprzeponowych. Podzielić je można na następujące rubryki:

1) 251 przypadek w następstwie cierpień żołądka:

wrzód okrągły	234
rak	11
uraz	6

2) 191 przypadek wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego,

3) 136 „ „ cierpień wątroby i dróg żółciowych,

w tem ropień wątroby	36	razy
bąblowiec	26	„
zapalenie dróg żółciowych	56	„

4) 56 p. w następstwie uszkodzeń kiszek:

przedziurawienie dwunastnicy	36	razy
„ jelita cienkiego	5	„
„ kiszki grubej	15	„

5) 40 p. wskutek cierpień śledziony,
6) 32 „ „ „ narządów klatki piersiowej
7) 28 „ „ „ nerek
8) 27 „ „ „ trzustki
9) 23 „ „ „ gruźliczych
10) 20 „ „ urazu
11) 17 „ „ cierpień kobiecych
12) 69 „ o etiologii wyjątkowej lub niewiadomej.

Anatomia patologiczna. Pod nazwą ropni podprzeponowych rozumiemy zbiorowisko ropy, położone pod przeponą czy to bezpośrednio pod nią, w miejscu, gdzie nie posiada ona powłoki otrzewnowej, czy też pod częścią jej, pokrytą otrzewną. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z ropniem pozaotrzewnowym, w drugim — z otorbionym ropniem wewnątrzotrzewnowym.

Ropnie pozaotrzewnowe zbierają się w tkance łącznej, znajdujacej się między tylną częścią przepony z jednej strony, a jej powłoką otrzewnową z drugiej. Wspomnianą tkankę przyczep więzu wieńcowego dzieli na dwa piętra: górne — podprzeponowe właściwe, dolne — przeponowolędźwiowe. Ropienie w ostatniem z nich stoi zazwyczaj w związku z cierpieniem wyrostka robaczkowego lub nerki prawej, w pierwszem — z ropieniem w wątrobie. Ponieważ wątroba w części swej, położonej między dwoma listkami więzu wieńcowego, przymocowana jest do tylnej ściany zbitą tkanką, ropniom przeponowolędźwiowym rzadko towarzyszą ropnie pozaotrzewnowe, położone powyżej więzu wieńcowego, znacznie częściej — zapalenie opłucnej gdyż od tej ostatniej oddzielają je tylko dolne, mało zbite włókna przepony.

Ropnie pozaotrzewnowe pozostają zwykle tylko pod tylną częścią przepony, gdyż otrzewna, wyściełająca przednią jej część, przylega do niej dość ściśle. Pomimo to, widywano ropnie pozaotrzewnowe i pod przednią częścią przepony; przechodzą one czasami nawet na przednią ścianę brzucha pomiędzy listkami więzadła sierpowatego.

Tkankę pozaotrzewną podprzeponową dzielą w kierunku pionowym na dwie części kręgosłup, aorta, żyła główna dolna i przełyk. Ropienie rzadko bywa w obu częściach jednocześnie. Ropnie pozaotrzewnowe prawe są 7 razy częstsze, niż lewe, a to dzięki położeniu z tej strony wyrostka robaczkowego i wątroby — narządów, najczęściej dających tę postać omawianego cierpienia. Podobny ropień na stronie lewej powstaje zwykle skutkiem sprawy nerkowej lub trzustkowej, wyjątkowo — z powodu przedziurawienia żołądka.

Ropień pozaotrzewnowy może przedziurawić otrzewną i dać ropień wewnątrzotrzewnowy. Kiedyindziej wywołuje on zgorzel i przedziurawienie przepony. To ostatnie powikłanie widzimy w tej postaci ropni częściej i wcześniej, niż w postaci wewnątrzotrzewnowej, co pochodzi z mniej ścisłego utkania przepony w niektórych punktach jej tylnej części, jako też stąd, że niepokryta otrzewną przepona łatwiej ulega niszczącemu wpływowi ropy, niż gdy ją oddziela od ropnia warstwa otrzewnej. Dlatego w postaci wewnątrzotrzewnowej widujemy takie nagromadzenie się ropy, że przepona zostaje uniesiona nawet do

II międzyżebrza, w ropniach pozaotrzewnych dość wcześnie ulega ona przedziurawieniu i wyżej, niż do V żebra zostaje uniesiona rzadko.

Ropnie wewnątrzotrzewnowe. Część wewnątrzotrzewnową przestrzeni podprzeponowej więzy wątroby dzielą na cztery części. Wiąz wieńcowy wraz z więzami trójkątnymi dzieli ją na przedniogórną, większą i tylnodolną, mniejszą. Pierwszą z nich wiąz sierpowaty dzieli na prawą i lewą połowę, druga podlega takiemu samemu podziałowi dzięki żyle głównej dolnej od tyłu, więzowi wątrobnodwunastniczemu od przodu. Każda z tych poszczególnych przestrzeni może być siedliskiem ropnia i dlatego odróżniamy następujące cztery odmiany wewnątrzotrzewnowej postaci tego cierpienia: ropień przedni prawy i lewy, tylny prawy i lewy.

1. W ropniach podprzeponowych przednich prawych zasługują na uwagę zrosty, jakie odgraniczają jamę ropnia od wielkiej jamy otrzewnej. O ile łączą one przedni brzeg wątroby z przeponą, ropień rozwija się ku górze, unosząc przeponę. W razie wytworzenia się zrostów na wysokości poprzecznicy, ropień opuszcza się do krezki tej ostatniej, odpycha wątrobę ku górze i tyłowi, przylega do przedniej ściany brzucha i wypukla ją ku przodowi. W pierwszym przypadku ropień daje objawy ze strony narządów klatki piersiowej, w drugim — ze strony jamy brzusznej. Ropnie o tem umiejscowieniu stanowią najczęstszą odmianę: na 890 przypadków, zestawionych przez Piquanda, było ich 343, to znaczy 36%. W 272 przypadkach były one wyłącznie przednie prawe, w 46 — zajmowały obie prawe przestrzenie, w 16 — obie przedniogórne. Przyczyną ich bywa najczęściej ropienie w wątrobie (61 p.) lub w drogach żółciowych (50 p.) i zapalenie wyrostka robaczkowego (77 p.), rzadziej wrzód żołądka (30 p.) i cierpienia płuc i opłucnej (15 p.). Ropień na skutek cierpienia wątroby lub opłucnej ograniczony bywa zrostami przedniego brzegu wątroby z przeponą i kieruje się głównie ku klatce piersiowej, ropnie, mające za przyczynę zapalenie wyrostka robaczkowego, przewodów żółciowych lub przedziurawienie żołądka, mają zrosty niżej położone i zarysowywują się głównie od strony jamy brzucha.

2. Ropnie tylne prawe mieszczą się w przestrzeni, ograniczonej od przodu dolnotylną powierzchnią wątroby, od góry

dolnym listkiem więzu wieńcowege, od dołu poprzecznicą i jej krezką, od tyłu dolną częścią przepony, górnym biegunem prawej nerki i górną poprzeczną częścią dwunastnicy. Stanowią one dość rzadkie zjawisko — w statystyce Piquanda jest ich tylko 101, wśród nich ropni wyłącznie tej przestrzeni było tylko 47. Jako przyczynę tej odmiany notowano przedziurawienie tylnej ściany dwunastnicy, zakażenie dróg żołciowych, wrzód odźwiernika, zapalenie wyrostka robaczkowego. Zajęcie obu prawych przestrzeni bywa zwykle skutkiem zapalenia wyrostka lub zakażenia dróg żółciowych.

3. Ropnie podprzeponowe przednie lewe zajmują przestrzeń, ograniczoną od góry i strony lewej przez przeponę, od dołu przez lewy płat wątroby i przednią powierzchnię żołądka, od strony prawej przez wiąz wieszadłowy wątroby, od tyłu przez więzy wieńcowy i trójkątny lewy, od przodu przez przednią ścianę brzucha, od przodu i dołu przez poprzecznicę i jej krezkę. Przestrzeń ta od dołu i od przodu nie jest dostatecznie odgraniczona od pozostałej jamy otrzewnej, rolę tę biorą na siebie zrosty. Gdy powstają one bardzo nizko, łącząc poprzecznicę i sieć ze ścianą brzucha, mamy ropień na przedniej powierzchni żołądka, który uwypukla się w nadbrzuszu, tak zwany ropień przedżołądkowy, gdy zrosty tworzą się wysoko, między przednim brzegiem wątroby lub przednią powierzchnią żołądka a ścianą brzuszną, ropień mieści się powyżej żołądka i unosi przeponę.

Część lewa i dolna przestrzeni przedniej lewej wyodrębnia się do pewnego stopnia, tworząc jakby oddzielną przestrzeń, ograniczoną od góry i od strony lewej przez przeponę, od środka przez lewy brzeg wątroby, dużą krzywiznę żołądka i trzustkę, od dołu przez nerkę, śledzionę, lewą część poprzecznicy i wiąz przeponowookrężniczy. Przestrzeń ta może być siedliskiem ropnia bez zajęcia reszty przestrzeni przedniej lewej, stąd dwie odmiany anatomiczne: 1) ropnie podprzeponowe przednie lewe właściwe, 2) ropnie przestrzeni żołądkowośledzionowoprzeponowej. Piquand podaje liczbę pierwszych na 211, drugich na 69. Pierwsza odmiana występuje najczęściej po przedziurawieniu żołądka, rzadziej po zapaleniu wyrostka robaczkowego, i cierpieniach płucnoopłucnowych. Druga stoi

w związku zwykle z ropniem w śledzionie lub z przedziurawieniem wrzodu żołądka na dużej krzywiźnie.

4. Ropnie tylne lewe rozwijają się w worku sieciowym. Granice jego stanowią: od przodu żołądek i wiąz wątrobnożołądkowy, od góry i przodu dolna powierzchnia zrazu Spiegela i wiąz wieńcowy, od tyłu przepona i trzustka, od dołu poprzecznica i jej krezka. Ku stronie lewej przestrzeń ta ciągnie się aż do wnęki śledziony, ku prawej przez otwór Winslowa łączy się z przestrzenią podprzeponową tylną prawą. Ropień zajmuje niekiedy cały worek sieciowy i tworzy duży guz, wypuklający się ku przodowi między żołądkiem a poprzecznicą, częściej zrosty odgraniczają część górną tej przestrzeni i ropień znajduje się albo bardziej z tyłu, poza wątrobą, którą odsuwa ku przodowi, albo bardziej z przodu, wypuklając wiąz wątrobnożołądkowy. W pewnej liczbie przypadków ropień mieścił się w części górnej i lewej worka sieciowego, wypełniając uchyłek, którego granice stanowią: od tyłu i strony lewej — przepona, od przodu lewy płat wątroby i część żołądka, przechodząca w przełyk, od strony lewej — śledziona i górny biegun lewej nerki, od prawej — lewa boczna powierzchnia kręgosłupa. Uchyłek powyższy, mały w warunkach prawidłowych, rozsuwa się znacznie po obfitem wypełnieniu ropą, która odsuwa na prawo i ku przodowi wątrobę, śledzionę w lewą stronę, przeponę ku górze i ku tyłowi. Ropień poprzez przeponę przylega do tylnej ściany klatki piersiowej, w okolicy czterech ostatnich żeber strony lewej.

W statystyce Piquanda znajdujemy tylko 31 przypadek ropni worka sieciowego, z tych w 24 zajmował on tylko tę przestrzeń, w 4 łączył się przez otwór Winslowa z ropniem tylnym prawym. Jako przyczynę notowano ropnie w trzustce i przedziurawienie tylnej ściany żołądka. W pierwszym przypadku ropień rozwija się przeważnie ku górze i ku tyłowi, w drugim — ropnie bywają bardzo duże i mogą przylegać do przedniej ściany brzusznej między żołądkiem a poprzecznicą.

Poniższa tablica, ułożona przez Piquanda, daje pojęcie o częstości poszczególnych odmian ropni podprzeponowych.

497 ropni prawostronnych
- 132 r. pozaotrzewnowe
- 19 r. „ i wewnątrzotrzewnowych
- 346 r. wewnątrzotrzewnowych
  - 253 r. przednich
  - 47 r. tylnych
  - 46 r. przednich i tylnych

324 ropnie lewostronne
- 19 r. pozaotrzewnowych
- 305 r. wewnatrzotrzewnowych
  - 211 r. przednich właściwych
  - 69 r. żołądkowośledzionowo-przeponowych
  - 25 r. worka sieciowego.

Zawartość ropni podprzeponowych waha się znacznie co do ilości — od łyżki do kilku litrów. Mówi ona nam niekiedy o pochodzeniu sprawy zapalnej: po przedziurawieniu żołądka może ropa posiadać zapach kwaśny i zawierać zmienione pokarmy, w ropniach pochodzenia wyrostkowego zawartość miewa wygląd brudnego rosołu, często cuchnie, cierpienia wątroby i dróg żółciowych dają ropę brunatną, niekiedy z domieszką żółci, kawałków tkanki wątrobowej, ropnie pochodzenia trzustkowego zawierają nieraz cząstki albo i całą trzustkę w stanie zgorzeli. Prócz treści płynnej ropień zawierać może i gazy, co spostrzegano w 20—26% przypadków. Pochodzenie ich bywa rozmaite: bądź to z przewodu pokarmowego po przedziurawieniu jego ściany, bądź to z oskrzela po opróżnieniu się ropnia do płuca.

Istnieją jednak i takie spostrzeżenia, w których połączenia z narządami, zawierającymi gaz, nie wykryto, a zjawisko to tłomaczyć należy jedynie rozwojem w ropniu drobnoustrojów, wytwarzających gaz.

Obraz kliniczny. W przypadkach ropni podprzeponowych mamy do czynienia z cierpieniem wtórnem, w obrazie więc klinicznym spostrzegamy zazwyczaj dwa okresy: okres cierpienia pierwotnego i wtórnego. Pierwszy z nich przebiega niekiedy skrycie lub trwa bardzo krótko, stąd zakażenie przestrzeni podprzedonowej może nie być poprzedzone zwiastunami, a występuje znienacka. W podobnych przypadkach przyczyny ropnia podprzeponowego szukać należy prawie wyłącznie w zapaleniu trzustki ostrem lub w przedziurawieniu wrzodu żołądka czy

dwunastnicy („pour le duodenum l'ulcère latent est la règle et pour l'estomac l'ulcère latent n'est pas rare“ mówi Dieulafoy). Częściej jednak widzimy, że początek ropienia poprzedza długie niekiedy niedomaganie chorego i dopiero w przebiegu cierpienia pierwotnego zaznaczają się mniej lub więcej ostre objawy zakażenia otrzewnej: mocne bóle w nadbrzuszu, wymioty, zapaść. W pewnej liczbie spostrzeżeń zakażenie przestrzeni podprzeponowej nie daje wyraźniejszych objawów lub też, jak to bywa często w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego lub po przedziurawieniu wrzodu żołądka, początkowo występują objawy ze strony klatki piersiowej: ból w piersiach, promieniujący w ramiona, między łopatki, ku kręgosłupowi, oddech przyśpieszony i powierzchowny, duszność.

Po uspokojeniu się początkowych, zazwyczaj burzliwych objawów, gdy doszło już do wytworzenia się ropnia, obraz kliniczny może być rozmaity w zależności od umiejscowienia sprawy. Z tego punktu widzenia rozróżniamy trzy typy kliniczne: 1) w umiejscowieniu przedniodolnem dominują objawy ze strony jamy brzusznej, 2) w umiejscowieniu górnem — ze strony klatki piersiowej, 3) ropnie pozaotrzewne daj objawy ropienia w okolicy lędźwiowej.

1. W ropniach o umiejscowieniu przedniodolnem występuje bolesne wypuklenie nadbrzusza lub tylko podżebrza, uważane za objaw znamienny. Opuszcza się ono niekiedy i poniżej pępka. Dolna część klatki piersiowej jest jakby rozszerzona, dolne żebra nieruchome podczas oddechania. Objawów ze strony płuc i opłucnej zazwyczaj niema. Opukiwanie wypuklenia w razie braku gazów daje odgłos stłumiony, w obecności tych ostatnich — stłumiony i bębnisty, a stosunek stłumienia do miejsc, dających odgłos bębnisty, zależy od położenia chorego.

Objawy fizykalne zresztą mogą być rozmaite, w zależności od położenia ropnia, dlatego też rozróżniać należy następujące postacie kliniczne.

Ropnie podprzeponowe przednie prawe, rozwijające się w kierunku jamy brzucha, dają wypuklenie nadbrzusza na stronie prawej w kształcie trójkąta, utworzonego przez prawy łuk żebrowy, linię pępkowomieczykową i linię poprzeczną od pępka do łuku żebrowego. Ma ono dwa pasy niejednakowej bolesności: większej od dołu, odpowiadającej zrostom, mniejszej u góry, na

miejscu ropnia. Dolnego brzegu wątroby nie wyczuwamy, jest ona odsunięta przez ropień ku tyłowi i dołowi. Stłumiony odgłos wypukowy zajmuje całe wypuklenie, a u góry kończy się na ścianie klatki piersiowej wypukłą linią, odpowiadającą przeponie. W razie obecności gazów odgłos bębnisty zajmować może całe wypuklenie, częściej ogranicza się do najwyżej położonego odcinka ropnia. W leżącej pozycji chorego znajdujemy go przy skrzyżowaniu prawego łuku żebrowego z wyrostkiem mieczykowatym, w pozycyi pionowej — wysoko poza ścianą klatki piersiowej.

Ropnie tylne prawe dają też guzowatość pod prawym łukiem żebrowym w kształcie trójkąta, z tą jednak różnicą, że dolny brzeg wątroby przyrośnięty bywa do przedniej ściany brzusznej, wyczuwa go się więc dobrze, a w razie obecności w ropniu gazów ogłos bębnisty nie przekracza ku górze brzegu wątroby, nawet w pozycyi siedzącej chorego. Dolna granica ropnia wypada częstokroć poniżej pępka. Obok guzowatości w nadbrzuszu wyczuwa się ją i w okolicy lędźwiowej.

Ropnie przednie lewe, rozwijające się w kierunku jamy brzusznej, tworzą wypuklenie w nadbrzuszu i w podżebrzu lewem, kształtu trójkątnego, jak ropnie przednie prawe. Ropnie w przestrzeni żołądkowośledzionowoprzeponowej, o ile pochodzą z przedziurawienia żołądka, są duże i wypuklają się w podżebrzu lewem, co znacznie ułatwia rozpoznanie. Ropnie pochodzenia śledzionowego położone bywają głębiej pod ścianą klatki piersiowej i nie wychodzą poza łuk żebrowy. Prócz duszności i ogólnych objawów ropienia, towarzyszy im pewna bolesność odnośnej okolicy na ucisk, niewielkie wygórowanie klatki piersiowej w tem miejscu i stłumienie opukowe między linią sutkową a pachową tylną, sięgające do IV lub V międzyżebrza. Ropniom tym towarzyszy zwykle wysięk w opłucnej, co przedewszystkiem zwraca uwagę lekarza, czasami — opuszczenie śledziony.

Ropnie tylne lewe (w worku sieciowym) występują w postaci guza powyżej pępka, położonego z lewej strony, przekraczającego rzadko linię pośrodkową. Pokrywa go żołądek, stąd odgłos bębnisty, nie przesuwający się przy zmianie położenia chorego — nie tak, jak to widzieliśmy poprzednio w przypadkach ropni gazowych. Czasami guz przylega do przedniej ścia-

ny brzucha poprzez wiąz żołądkowopoprzeczniczy, wtedy stłumienie guza graniczy z odgłosem bębnistym żołądka od góry, u dołu—z odgłosem poprzecznicy. Prawie stale ropnie te dają stłumienie na grzbiecie z lewej strony, w okolicy dolnych żeber, jakoteż osłabienie drżenia i oddechu.

2. Ropniom o położeniu górnem towarzyszą objawy ze strony klatki piersiowej i narządów w niej zawartych. A więc, występuje duszność, jako wynik ucisku na płuca ze strony ropnia, przesunięcia serca, zmian płucnoopłucnych, porażenia przepony i bolesności ruchów oddechowych. Czasami spostrzegano tak zwany zespół objawów przeponowych („Syndrome phrénique“): czkawkę, bolesność przy ucisku na przyczepy przepony lub na nerw przeponowy na jego przebiegu.

Oglądanie pozwala stwierdzić pewne obrzmienie, rozszerzenie lub wypuklenie ku przodowi i nieruchomość dolnej części klatki piersiowej przy oddechaniu: chorzy oddechają górną częścią klatki piersiowej, nie przeponą; międzyżebrza dolne niekiedy są rozszerzone. Obmacywanie wykazuje opuszczenie wątroby; Lejars zwraca uwagę na bolesność od uciskania na międzyżebrza, dosięga ona maximum na poziomie ropnia, co ma służyć za wskazówkę w razie nakłucia próbnego. Wynik opukiwania i osłuchiwania daje się streścić w sposób następujący: ropnie niegazowe dają obraz otorbionego wysięku opłucnej, ropnie gazowe—częściowego ropniaka opłucnej z odmą (pyopneumothorax). W pierwszym przypadku stłumiony odgłos opukowy dochodzi do wysokości przedniego końca 4 lub 3 żebra, zlewa się w przypadkach cierpienia prawostronnego ze stłumieniem wątroby, w lewostronnym—może zajmować przestrzeń Traubego. Górna jego granica wypukla się ku górze, objaw zresztą niestały. Osłuchiwanie wykazuje osłabienie albo zniesienie szmeru oddechowego na całej rozciągłości stłumienia opukowego, gdy tuż powyżej granicy jego szmer oddechowy wyraźny; beku koziego i oddechu dmuchającego, co bywa w wysięku opłucnej, tutaj przeważnie nie spostrzegano. W razie obecności wysięku i w opłucnej objawy, właściwe temu ostatniemu (dmuchający oddech, głos — bek kozi), znikają bez pasa przejściowego na granicy ropnia podprzeponowego. Ważną cechę rozpoznawczą stanowi sprzeczność między małem nasileniem zmian osłuchowych a znaczną objętością zbiorowiska ropnego.

W przypadkach ropni gazowych pas odgłosu bębnistego zlewa się z jasnym odgłosem płuca, poniżej zaś mamy pas stłumionego ogłosu; przy zmianie położenia chorego zmienia się odpowiednio i stosunek tych dwóch pasów do ściany klatki piersiowej. Osłuchiwaniem stwierdzić się daje rzężenie metaliczne, oddech dzbanowy.

3. Ropnie pozaotrzewnowe w początkach niekiedy niczem nie zaznaczają się w obrazie klinicznym poza podniesieniem ciepłoty i osłabieniem. Częściej jednak występują odrazu bóle w okolicy lędźwiowej lub w dolnej i tylnej części klatki piersiowej; duszność, o ile jest, bywa mniejsza, niż w ropniach wewnątrzotrzewnowych. Kilka razy spostrzegano przykurcz mięśnia lędźwiowoudowego. Badanie wykazuje guzowatość, zajmującą okolicę lędźwiową, chowającą się niekiedy pod dolnemi żebrami; w przypadkach pochodzenia wyrostkowego może ona łączyć się z ropniem przywyrostkowym w dole biodrowym. W przypadkach ropni pozaotrzewnowych, położonych wysoko, żadnych zmian w okolicy lędźwiowej możemy nie znaleźć. Skóra na lędźwiach czasem bywa obrzmiała, dolna część klatki piersiowej rozszerzona, międzyżebrza rozszerzone i wypuklają się. Opukiwaniem stwierdzić się daje stłumienie w okolicy lędźwiowej i w dolnej częci klatki piersiowej, dochodzące do VIII — VII żebra. Badanie brzucha wykazuje najczęściej stosunki prawidłowe, niekiedy — opuszczenie lub przesunięcie ku przodowi wątroby.

Bernard zwraca uwagę na ropnie pozaotrzewnowe, rozwijające się między listkami więzu wieńcowego, trójkątnego i wieszadłowego wątroby. Dzięki obfitości tkanki łącznej w tych więzach, łatwemu odwarstwieniu się jednego listka od drugiego i zmieszczeniu wątroby ku przodowi i dołowi ropnie te mogą dochodzić do dużych rozmiarów. Opuszczenie się wątroby w tych ropniach bywa większe, niż w wewnątrzotrzewnowych, gdyż w ostatnim wypadku wcześnie tworzą się zrosty przepony z wątrobą, unieruchomiając tę ostatnią. Ropień, rozsuwający listki więzu wieszadłowego, może dotrzeć do przedniej ściany brzusznej i tu daje się naciąć bez otwierania otrzewnej. Inna osobliwość, na którą zwraca uwagę Bernard, to występowanie obustronnego wysięku opłucnej pomimo to, że ropień znajduje się na stronie prawej. Tłómaczy się to sposobem szerzenia się za-

każenia—przez rozziew żebrowoprzeponowy („hiatus costo-diaphragmatique") aż do tkanki śródpiersia tylnego.

Bez względu na postać anatomiczną czy kliniczną ropni podprzeponowych towarzyszą im prawie zawsze objawy ogólne mocnego natężenia: podniesienie się ciepłoty do 39⁰—40⁰ C., dreszcze, poty, przyśpieszenie tętna, osłabienie, zwiększona liczba białych ciałek krwi (do 40,000) i zwiększenie stosunkowej liczby wielojądrowych leukocytów.

Zejście i powikłania. Ropień podprzeponowy, pozostawiony bez leczenia, prowadzi do powikłań, którym ulegają przedewszystkiem narządy klatki piersiowej. Najczęstsze powikłanie stanowi zapalenie opłucnej: Maydl notuje je w 40%, Gruneisen w 66%. Ma ono za przyczynę czy to przedziurawienie przepony, czy też przedostawanie się drobnoustrojów naczyniami chłonnemi. Pierwsze z nich na 890 przypadków miało miejsce 175, czyli w 20% ogólnej liczby. Częściej zdarza się ono w ropniach pozaotrzewnowych, bo w 28%, co pochodzi z mniej ścisłego utkania przepony w niektórych punktach jej tylnej części, jakoteż z łatwiejszego ulegania zakażeniu tkanki przeponowej w jej części, niepokrytej otrzewną.

Przedziurawienie przepony nie koniecznie prowadzi do wylania się ropy do opłucnej, w paru przypadkach np. utworzył się ropień pod opłucną, w innych — mocne zrosty opłucnej zabezpieczyły jamę tej ostatniej. Wytworzenie się zrostów zależy od szybkości posuwania się sprawy niszczącej w przeponie lub od położenia grożącego przedziurawienia. Gdy leży ono mniej więcej pośrodku przepony, płuco, przylegające do tego miejsca prawie stale, jest w stanie przykleić się i wytworzyć zaporę ochronną; przy grożącem przedziurawieniu na obwodzie przepony trudniej bywa o przyklejenie się płuc z powodu stałego ślizgania się obu powierzchni.

W razie przedarcia się zawartości ropnia do opłucnej możemy mieć różny obraz, badając fizykalnie, w zależności od tego, czy ropień zawierał gazy, czy też nie. W pierwszym przypadku opukiwanie stwierdza cztery pasy różnego odgłosu: jasny odgłos (płuco), stłumiony (wysięk opłucnej), jasny (gaz w ropniu), stłumiony (ropa pod przeponą). W drugim—stłumiony odgłos wysięku opłucnej zlewa się ze stłumionym odgłosem ropnia podprzeponowego i wątroby (w razie prawostronnego umiejscowienia).

Zapalenie opłucnej bez przedziurawienia przepony spotyka się częściej, niż z przedziurawieniem jej. Co prawda, Piquand notuje je tylko w 12% ogłoszonych drukiem spostrzeżeń, Finkelstein w 28,2%, jednak zdarza się ono stanowczo częściej, a zmiany w opłucnej uchodzą uwagi lekarza w wielu przypadkach nieoperowanych lub operowanych tylko od strony jamy brzusznej.

Tak częste towarzyszenie zapalenia opłucnej ropniom podprzeponowym pochodzi z łatwego przenoszenia się drobnoustrojów drogą naczyń chłonnych, łączących dolną powierzchnię przepony z górną.

Do niedawna Burkhardt oponował przeciwko podobnemu tłómaczeniu, utrzymując, że naczynia chłonne otrzewnowej powłoki przepony wcale nie łączą się z opłucnowemi, a drobnoustroje przenoszą się wprost przez szczeliny tkankowe. Później jednak Küttner wykazał ścisłą łączność obu powierzchni przepony dzięki naczyniom tak wstępującym jak i zstępującym, zupełną natomiast niezależność prawej połowy od lewej i naodwrót; część przepony, niewysłana otrzewną, nie posiada naczyń chłonnych. Badania te tłomaczą nam: 1) dlaczego zapalenie opłucnej widzimy prawie stale po tej samej stronie, co i ropień pod przeponą, 2) dlaczego ropniom wewnątrzotrzewnowym towarzyszy częściej zapalenie opłucnej bez przedziurawienia, pozaotrzewnowym — z przedziurawieniem. Siła zakażenia i natężenie sprawy zapalnej w jamie opłucnej zwykle bywa słabsze, niż w przestrzeni podprzeponowej — tak, że niejednokrotnie notowano ropny wysięk w opłucnej przy posokowym pod przeponą, surowiczy w pierwszej przy ropnym w tej ostatniej przestrzeni. Otworzenie i przesączkowanie ropnia podprzeponowego nie zabezpiecza bezwzględnie opłucnej przed zajęciem przez sprawę zapalną.

Inne powikłanie—otworzenie się ropnia podprzeponowego do płuca — spostrzegano w 13%, w ropniach nieoperowanych w 30% przypadków. W ostatnich czasach, dzięki wczesnemu rozpoznawaniu cierpienia i wczesnemu operowaniu takich chorych odsetek ten zmniejszył się znacznie: 8% w spostrzeżeniach Perutza, 5% u Körtego. Otworzenie się ropnia do płuca odbywa się albo bezpośrednio do przyrośniętej w miejscu przedziurawienia podstawy płuca, albo — wyjątkowo naprzód do opłuc-

nej, a stąd — do płuca. Tkanka płuc pod wpływem ropy ulega zgorzeli i tworzy się w niej jama, połączona z jednej strony z ropniem, a z drugiej — z najbliższemi rozgałęzieniami oskrzeli. Powikłanie to występuje najczęściej w przypadkach wcale nie operowanych lub operowanych późno, spostrzegano je jednak i w parę tygodni po należytem opróżnieniu i przesączkowaniu ropnia.

W wyjątkowych razach niczem w obrazie klinicznym nie daje ono znać o sobie, zwykle występuje ból w piersiach, utrudniony oddech, napadowy kaszel z plwociną ropną. Jednocześnie daje się stwierdzić obecność jamy w dolnym płacie płuca i odgłosu bębnistego na miejscu dawnego stłumienia, a to z powodu częściowego opróżnienia się ropnia i przedostania się doń powietrza z oskrzeli. Ponieważ opróżnianie się ropnia w ten sposób bywa niedostateczne, zgorzel płuca może postępować, a połączenie z oskrzelem naraża na dostanie się do ropnia drobnoustrojów gruźliczych, powikłanie to więc niepodobna uważać za pomyślny zwrot w przebiegu cierpienia: śmiertelność wśród pacyentów z tem powikłaniem wynosi 70%, wyleczenie dzięki opróżnieniu przez oskrzele widziano w 15%.

Zapalenie osierdzia wikła przebieg ropni podprzeponowych w 3 — do 5% bądź to z przedziurawieniem worka, bądź też bez, i występuje stale obok istniejącego już zajęcia opłucnej. Najczęściej mamy do czynienia z zapaleniem zlepnem lub surowiczem, ropnie widywano rzadko. To ostatnie prowadziło zawsze do śmierci w ciągu paru godzin lub dni wśród objawów niedomogi serca. Rozpoznawano powikłanie to tylko w wyjątkowych razach.

Powikłania ze strony jamy brzusznej zdarzają się nierównie rzadziej, niż ze strony narządów klatki piersiowej. Co prawda, ogólne zapalenie otrzewnej towarzyszy dość często ropniom podprzeponowym, zależy jednak przeważnie od cierpienia podstawowego. Przypadków przedziurawienia ropnia podprzeponowego z następczem ogólnem zapaleniem otrzewnej ogłoszono w piśmiennictwie zaledwie 16.

Opróżnienie się ropnia do przewodu pokarmowego zauważono w 4% przypadków. Zwykle bywa ono niewystarczające i nie zapobiega konieczności operowania, przeciwnie, przedostanie się zawartości kanału pokarmowego do ropnia po-

garsza stan chorego. Otworzenie się ropnia do żołądka lub jelita czczego sprowadza za sobą prawie zawsze śmierć, o ile chory nie został operowany, opróżnienie się do kiszki grubej kilka razy skończyło się wyzdrowieniem.

Otworzenie się ropnia przez powłoki brzuszne spostrzegano w 2% ogólnej liczby, w przypadkach żółciowego pochodzenia — w 14%. Tylko w wyjątkowych razach prowadzi ono do wyzdrowienia i to po bardzo długim przeciągu czasu.

Rozpoznanie. Ropnie wysoko umiejscowione. Odróżnić je należy od cierpień płucnoopłucnowych, przedewszystkiem od ropniaka opłucnej. Z tego punktu widzenia podkreślić należy znaczenie objawów początkowych: mają one najczęściej charakter brzuszny w ropniach podprzeponowych, płucnopiersiowy w ropniach w opłucnej. Niekiedy stwierdzić się dają dwa objawy, właściwe wyłącznie ropniom podprzeponowym: 1) zmniejszenie się krzywizny żeber, 2) objaw Littena: oglądając klatkę piersiową w pełnem świetle, zauważyć można opuszczanie się i podnoszenie dolnego brzegu płuca przy ruchach oddechowych; zjawisko to widoczne bywa w ropniu podprzeponowym, brak go w wysięku opłucnej. Objaw ten, trudny do stwierdzenia, jest zalecany jednak przez kilku autorów.

Obmacywanie wykazuje umiejscowienie bolesności w ropniach podprzeponowych niżej, niż w wysięku opłucnej; pod łukiem żebrowym wyczuwa się niekiedy w pierwszym przypadku czy to brzeg wątroby, czy wzmożone napięcie lub pewne stwardnienie. Przesunięcie miejsca uderzeń sercowych w prawą lub lewą stronę mówi na korzyść ropniaka opłucnej, ku górze—na korzyść ropnia podprzeponowego.

Opukiwaniem stwierdzamy czasami w ropniach niegazowych górną linię stłumienia, zwróconą wklęsłością ku dołowi, stosownie do konturu przepony, w ropniaku opłucnej wklęsłość jest zwrócona ku górze i ku wewnątrz. Niektórzy klinicyści zaprzeczają tej różnicy, zresztą linia stłumienia, zwrócona wklęsłością ku górze, nie przemawia przeciwko ropniowi, gdyż może być jedno i drugie jednocześnie. Ważniejsze wskazówki daje opukiwanie, o ile mamy do czynienia z przemieszczeniem serca (patrz wyżej — obmacywanie) lub wątroby.

Osłuchiwanie wykazuje niekiedy brak objawów ze strony płuc powyżej linii stłumienia w ropniach podprzeponowych,

natomiast w ropniaku opłucnej możemy mieć oddech dmuchający, głos — bek kozi, rzężenia, tarcie. Różniczkowa ta cecha nie jest, co prawda, zupełnie pewna, gdyż tylko w początkach ropnia podprzeponowego nie będziemy mieli objawów ze strony płuca i opłucnej, w późniejszym zaś okresie, gdy sprawa zapalna udzieli się i narządom klatki piersiowej, w ropniu podprzeponowym stwierdzić możemy tarcie, rzężenie, głos — bek kozi, oddech dmuchający. Ten ostatni objaw może zależeć wprost od ucisku na płuca ze strony podniesionej przepony.

Bardzo ważną wskazówką rozpoznawczą jest otrzymanie ropy za pomocą nakłucia próbnego. Należy wykonywać je na linii pachowej tylnej w IX — X międzyżebrzu, wkłuwając igłę z dołu do góry i stopniowo posuwając w głąb. W razie wyniku ujemnego trzeba wkłuć igłę w międzyżebrze sąsiednie od dołu, później zwrócić się ku tyłowi, wreszcie ku zewnątrz. Bernard wkłuwa igłę w X międzyżebrzu na linii łopatkowej, a w razie wyniku ujemnego—kolejno w IX, VIII, VII i VI międzyżebrzu. Następnie nakłuwa on międzyżebrze na linii pachowej średniej od dołu do góry. Beck radzi nie zniechęcać się wynikiem ujemnym i nawet po dwunastu nakłuciach robić nowe cierpliwie. Większość autorów uważa nakłucie próbne za zabieg, obojętny dla zdrowia chorego, o ile igła nie jest zagruba, o ile wkłuwamy i wyciągamy ją, stale aspirując, wreszcie, o ile nie mamy do czynienia z bąblowcem: spostrzegano zejście śmiertelne w kilka godzin po nakłuciu bąblowca wątroby. Guibal jednak uważa nakłucie próbne za zabieg nielogiczny, a to ze względu na możliwość zakażenia opłucnej lub otrzewnej, o ile nie są one zabezpieczone przez zrosty.

Zakażenie nastąpić może bądź to drogą zaszczepienia drobnoustrojów cofającą się igłą, bądź też drogą wyciekania ropy do otrzewnej lub opłucnej przez zrobiony igłą otwór. Bernard np. przytacza przypadek, w którym nakłucie próbne nie wykazało obecności ropy pod przeponą, pomimo to chory zmarł w 3 godziny później wskutek nalania się $^{3}/_{4}$ litra ropy do opłucnej przez zrobiony igłą otwór w przeponie; płuco znaleziono spadnięte. Notowano podobne opróżnienie się i do otrzewnej po nakłuciu ropnia wątroby w razie braku zrostów ochronnych w przestrzeni podprzeponowej.

Dla powyższych względów Guibal radzi stosować nakłucie

tylko w razach nieodzownych i to po uprzedniem przygotowaniu się do natychmiastowej operacyi na wypadek wyciągnięcia strzykawką ropy. Bernard przystępuje do nakłucia wywiadowczego dopiero na stole operacyjnym, po uśpieniu chorego; ostrzega on przed dwoma błędami technicznymi: przed zostawieniem wkłutej igły, nie zatkanej kranem lub strzykawką (możliwość przedostania się powietrza do opłucnej) i przed wyciągnięciem igły po otrzymaniu ropy z pod przepony (możliwość nalania się ropy do opłucnej).

O ile zabieg ten z warunkiem zachowania powyższych ostrożności można uważać za nieszkodliwy, gdy dotyczy on klatki piersiowej, w przypadkach ropni w nadbrzuszu jest on niedopuszczalny ze względu na możliwość przekłucia żołądka, kiszki lub nieprzyklejonego do ściany brzucha ropnia. W podobnych przypadkach wątpliwość rozstrzygnąć powinno tylko wywiadowcze cięcie brzucha, jak to już przyjęte zostało przez wszystkich chirurgów w stosunku do ropni wątroby.

Po otrzymaniu przez nakłucie wywiadowcze ropy, musimy rozstrzygnąć, zkąd ona pochodzi: z opłucnej, czy z pod przepony. Do tego służą następujące sposoby. Fürbringer zwrócił uwagę na to, że igła, tkwiąca swym końcem ostrym w przeponie, wykonywa końcem tępym ruchy, odwrotne w stosunku do ruchów przepony – objaw pewny, o ile nie nastąpiło już porażenie przepony, co ma miejsce w późniejszych okresach cierpienia. Pfuhl radzi łączyć igłę z manometrem: wzmożone ciśnienie podczas wdechu wskazuje na umiejscowienie ropnia pod przeponą, zmniejszone — w opłucnej; podczas wydechu mamy stosunek odwrotny.

Jaffe proponuje zwracać uwagę na szybkość wyciekania płynu przez igłę: zwiększona szybkość podczas wdechu dowodzi umiejscowienia ropnia pod przeponą. Wymaga to, co prawda, igły grubego kalibru, a porażenie przepony tutaj, jak i w próbie Fürbingera, może być przyczyną braku tego zjawiska.

Charakter otrzymanej ropy mówi niekiedy z dużem prawdopodobieństwem na korzyść ropnia podprzeponowego (domieszka żółci, soku żołądkowego, resztek pokarmowych, strzępów tkanki wątrobowej i t. p.). To samo znaczenie ma wykrycie w ropie lasecznika okrężnicowego.

Otrzymanie płynu surowiczego po przekłuciu powierzchownem lub w wyżej położonem międzyżebrzu, a ropnego w dolnych warstwach lub po przekłuciu głębokiem przemawia na korzyść obecności przegrody (przepony?) między obu zbiornikami. Ten sam wynik dać może nakłucie w przypadku otorbionych ognisk w opłucnej lub w razie ustania się ropy — w tym ostatnim przypadku dolna warstwa zawiera gęstą ropę, górna— płyn surowiczy. Fürbringer uważa rozpoznanie ropnia podprzeponowego po takim wyniku nakłucia za pewne wówczas, gdy ruchy igły dowodzą pochodzenia ropy z pod przepony. Płyn surowiczy w podobnych przypadkach pochodzi niekoniecznie z opłucnej, bo znajdowano go i w ropniach podprzeponowych w razie ustania się ropy.

Wartościowe dane w odróżnianiu wysoko położonych ropni podprzeponowych od ropniaka opłucnej posiadamy obecnie dzięki radioskopii. Pierwsze dają wyraźny, wypukły ku górze kontur przepony, pod nim cień, odpowiadający ropniowi; przepona na stronie chorej uniesiona i nieruchoma podczas wdechów. W przypadkach wysięku opłucnej znika kontur przepony, a zamiast jasnego pasa płuca widzimy cień od wysięku, ograniczony u góry linią poziomą lub wklęsłą. Cień serca w pierwszym przypadku znajduje się wyżej, niż cień ropnia, w drugim — na tym samym poziomie. Radioskopia nie daje żadnych prawie wskazówek w razie obecności ropy jednocześnie pod i nad przeponą, ani nie pozwala odróżnić wysoko położony ropień podprzeponowy od ropnia wątroby. W ropniach gazowych ciemny pas wysięku jest oddzielony od przepony jasnym pasem, odpowiadającym gazom, powyżej mamy jasny pas, odpowiadający płucom. W razie obecności wysięku w opłucnej obok ropnia gazowego daje on cień, położony powyżej jasnego pasa od gazów w ropniu.

Ropnie podprzeponowe o umiejscowieniu przedniodolnem niekiedy jest bardzo trudno odróżnić od ogólnego zapalenia otrzewnej, od ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza wobec umiejscowienia podwątrobowego tego ostatniego, od cierpień dróg żółciowych, od ropnia lub bąblowca wątroby. Radioskopia w tych przypadkach przyczynia się bardzo mało do wyjaśnienia istoty cierpienia, więcej liczyć można na dane w wywiadach, wskazujące na zapalenie wyrostka robaczkowego,

wrzód żołądka, kamicę żółciową z późniejszem wystąpieniem objawów zakażenia przestrzeni podprzeponowej. Chcąc odróżnić ropień podprzeponowy od ostrego zapalenia trzustki, trzeba pamiętać o mocnych, ostrych bólach, właściwych temu cierpieniu; mają one charakter nerwobólowy („névralgie caeliaque“) i tem różnią się od bólów otrzewnowych, występujących np. po przedziurawieniu wrzodu żołądka. Inny objaw, właściwy zapaleniu trzustki ostremu — to szybkie wychudnięcie chorego — „cachexie pancréatique“, wreszcie brak zaczynu trzustkowego w kiszkach. Ropnia worka sieciowego nie rozpoznano dotychczas ani razu za życia chorego; zupełnie taki sam obraz daje zapalenie trzustki i ropień zrazu Spiegela. Ropnia w przestrzeni żołądkowośledzionowoprzeponowej prawie niepodobna odróżnić od ropienia w śledzionie. Ponieważ większe ropnie tej ostatniej zawsze zajmują i otaczającą ją przestrzeń, przeto w podobnym przypadku śmiało rozpoznawać można i ropień podprzeponowy.

Popnie podprzeponowe pozaotrzewnowe dolne z trudnością dają się odróżnić niekiedy od ropnia przynerkowego. Te same ropnie o umiejscowieniu górnem niekiedy w zupełności naśladują ropnie wewnątrzotrzewnowe.

Rokowanie. Ogólny odsetek zejść śmiertelnych w przypadkach ropni podprzeponowych wynosi 60 do 72, statystyka ostatnich lat 15, gdy rozpoznaje się je i operuje wcześniej i częściej, wykazuje tylko 48°/₀ śmiertelności. Przypadki operowane dawały, według statystyki Maydla, 48°/₀ zejść śmiertelnych, w czasach późniejszych, dzięki postępom w zakresie rozpoznawania i techniki chirurgicznej — tylko 38°/₀ (Körte-Gruneisen), a nawet 26°/₀ (Perutz) i 19°/₀ (Bernard). Maximum śmiertelności dawały ropnie po przedziurawieniu dwunastnicy (100°/₀), dalej idą ropnie: po przedziurawieniu wrzodu żołądka (43°/₀), pochodzenia wyrostkowego (44°/₀), nerkowego i trzustkowego (26°/₀), wątrobowego (25°/₀) i płucnoopłucnego (19°/₀). Śmiertelność od ropni pochodzenia wyrostkowego spadła z 35°/₀ (Maydl) do 28°/₀ (Perutz),—po przedziurawieniu żołądka z 70°/₀ do 32°/₀. I te odsetki z czasem ulegną zmniejszeniu, gdyż przyczyna śmierci leży zazwyczaj w spóźnionem rozpoznaniu i operowaniu, gdy nawet opróżnienie i przesączkowanie ropnia nie jest w stanie zapobiedz różnym powikłaniom. Jakie znaczenie

dla rokowania ma wczesne operowanie, widzimy z następujących liczb: na 21 przypadek 8, operowanych po trzech tygodniach trwania cierpienia, dało 50% zejść śmiertelnych, 13 pozostałych, operowanych wcześniej—tylko 7,6%. Przypadki, pozostawione bez zabiegu, dają 92% śmiertelności tak dawniej, jak i w ostatnich latach.

Leczenie. Musi ono być wyłącznie chirurgiczne: opróżnienie ropnia przez nacięcie i sączkowanie. Z tego punktu widzenia rozróżniać musimy następujące odmiany ropnia, zależne od umiejscowienia sprawy.

Ropnie przednie dolne. Cięcie należy prowadzić przez powłoki brzuszne, kierując się raczej ku górze, niż ku dołowi, a to dla uniknięcia otworzenia wolnej jamy otrzewnowej. Na uwagę zasługują ropnie worka sieciowego, wypuklające się powyżej pępka. Otwiera się je powyżej lub poniżej żołądka, zależnie od ich stosunku do tego narządu, uprzednio zabezpieczywszy wolną jamę otrzewnową. Możliwość zakażenia jej, jako też chęć stworzenia warunków dostatecznego opróżniania się skłania wielu chirurgów do otwierania wspomnianych ropni od tyłu, od strony dolnych żeber z lewej strony, o ile tylko ropień podsuwa się do tylnej ściany i przekłuciem można go tu odnaleźć. Nawet po otworzeniu ropnia od strony jamy brzusznej zalecano upewnić się, czy nie należy wykonać przeciwotworu na grzbiecie.

Badania Catza i Kendirdjyego wykazały, że najlepszy dostęp do worka sieciowego i najkorzystniejsze warunki sączkowania stworzyć się udaje drogą wycięcia XI żebra z lewej strony i cięcia przezopłucnowego przepony w tem miejscu. Ropnie podwątrobowe dają się dobrze opróżnić i przesączkować cięciem lędźwiowem. To samo cięcie służy niekiedy za przeciwotwór w ropniach w lewem podżebrzu.

W ropniach przednich górnych stosowano dość często cięcie pod i równolegle do łuku żebrowego, w wielu jednak spostrzeżeniach było ono niewystarczające i trzeba było operować po raz drugi. Landau radzi poprzestać na tem cięciu, odsuwając ku dołowi wątrobę dla udostępnienia przestrzeni przeponowowątrobowej. Manewr ten znalazł wielu przeciwników ze względu na możliwość rozluźnienia zrostów, rozerwania wątroby lub żyły głównej, zreszą jest on bezużyteczny, gdyż wątroba

po zabiegu wraca na swoje miejsce i utrudnia sączkowanie. Dla stworzenia lepszego dostępu do przestrzeni podprzeponowej od przodu proponowano zastosować sposób Micheliego, polegający na wytworzeniu dużego płata mięśniowożebrowego z przedniej ściany klatki piersiowej, na odchyleniu go ku górze, nie naruszając opłucnej, otrzewnej ani przepony. Mikulicz stosował ten sposób dwa razy, operując rak wpustu, w przypadkach ropni podprzeponowych nie znalazł on jeszcze zastosowania.

Marwedel radzi po odcięciu VII chrząstki żebrowej od mostka poodcinać przyczepy mięśni prostego i skośnego brzucha od IX, VIII i VII chrząstek, ponacinać wspomniane chrząstki, a uruchomiony w ten sposób łuk żebrowy da się łatwo odchylić ku górze. Lannelongue wyzyskał ten szczegół anatomiczny, że opłucna nie dochodzi do łuku żebrowego, i zaleca przeciąć X i IX żebra w miejscu stawów żebrowochrząstkowych, VIII żebro o 1 cm. ku przodowi od tego miejsca, a po usunięciu tych chrząstek otworzyć ropień. Częściową rezekcyę łuku żebrowego z odsunięciem ku górze opłucnej opisali Siraud i Tartavy: po wycięciu części VII i VIII żeber tuż przy chrząstkach, oddziela się opłucną od ściany klatki piersiowej, nacina się poniżej przeponę, którą wtedy łatwo podnieść można wraz z opłucną aż do V żebra.

Wspomniane sposoby zewnątrzopłucnowego otwierania ropnia, połączone z wycięciem klatki piersiowej, nie przyjęły się w praktyce, a to ze względu na: 1) złożoność zabiegu, 2) zniekształcenie klatki piersiowej, jakie dają podobne wycięcia u jednostek młodych, z rozwijającym się jeszcze kośćcem, 3) ze względu na to, że operując tym sposobem z lewej strony, natrafić można na zrosty, których uszkodzenie prowadzić może do zakażenia wolnej jamy otrzewnowej, 4) wreszcie ze względu na niewystarczające opróżnienie się wydzieliny przez otwór, położony w najwyższym punkcie ropnia. Dlatego ogólnie przyjęto w podobnych przypadkach otwierać ropień w najniższym jego punkcie i to drogą przezopłucnową.

Ropnie tylne górne operowane bywają wyłącznie drogą przezopłucnowoprzeponową. Niebepieczeństwo, na jakie narażamy opłucną, nie jest tak wielkie, jakby się zdawać mogło, gdyż w pewnej liczbie zawiera ono już wysięk surowiczy lub

ropny, kiedyindziej zabezpieczają ją zrosty i tylko w 29% mamy do czynienia ze zdrową opłucną. Istnieją dwą sposoby wykonywania tego zabiegu. Trendelenburg po uprzedniem wycięciu żebra, nie otwierając opłucnej, zeszywa okostną, opłucną żebrową, opłucną przeponową wraz z przeponą dwoma szeregami szwów i przecina tkanki między nimi. Ujemne strony tego sposobu są następujące: 1) do wykonania szwu trzeba być pewnym, że płuco znajduje się wyżej, 2) wobec zrostów szew staje się zbyteczny, w razie obecności ropy w opłucnej—nawet szkodliwy.

Drugi sposób operowania, podany przez Trojanowa i Körtego, polega na otworzeniu opłucnej, przyszyciu listka jej żebrowego do przepony, nacięciu tej ostatniej i wszyciu brzegów jej w ranę w ścianie klatki piersiowej. Dostania się powietrza do jamy opłucnej nie mamy potrzeby obawiać się, gdyż przepona, zwłaszcza uniesiona ku górze, ściśle w tem miejscu przylega do opłucnej, prócz tego od możliwości tej zabezpiecza przyciśnięcie palcem opłucnej do przepony. O ile trafiamy na zrosty opłucnej, obszywanie staje się zbyteczne, w przypadkach zaś ropniaka tej ostatniej przedewszystkiem opróżniamy go, później dopiero nacinamy przeponę; sączkujemy w takich razach oddzielnie każdy ropień.

Ropnie tylne dolne bywają zazwyczaj pozaotrzewnowe i dosięgnąć je można przez cięcie lędźwiowe. Najczęściej nacina się powłoki pionowo, wzdłuż masy mięśniowej krzyżowolędźwiowej, przedłużając cięcie niekiedy ku dołowi i ku zewnątrz, by dosięgnąć przestrzeni przykątnicowej. Podobne cięcie nie wystarcza dla ropni, chowających się po za dolne żebra, należy wtedy wyciąć te ostatnie i odsunąć ku górze opłucną (Lejars, Israël). Niektórzy stosują cięcie poprzeczne — od punktu krzyżowania się ostatniego żebra z brzegiem mięśnia krzyżowolędźwiowego ku przodowi, równolegle do łuku żebrowego. Daje ono duży dostęp nietylko do ropnia pozaotrzewnowego, ale i wewnątrzotrzewnowego, położonego nizko i ku tyłowi.

Po otworzeniu ropnia, operujący powinien przekonać się, czy nie ma gdzie i drugiego ropnia. Zeszywania przedziurawionego np. żołądka należy zaniechać, by nie przedłużać zabiegu i nie uszkodzić zrostów. Zresztą, otwór taki może z czasem sam się zaciągnąć, a szew w podobnych warunkach byłby

bardzo niepewny. Przepłukiwanie jamy ropnia uważane jest przez niektórych autorów za szkodliwe, ma ono rozdzierać zrosty—tak, że widywano wypadki śmierci z zakażenia otrzewnej w następstwie tego rękoczynu. Trudno jednak przypuścić, by ostrożne przepłukanie jamy mogło uszkodzić zrosty, a w każdym razie sprzyja ono dokładniejszemu usunięciu ropy. Wielu chirurgów stosuje w przypadkach głębokiego ropienia sączkowanie aspirujące, regulowane za pomocą wakuometru. Ma ono tę wyższość nad innymi sposobami, że unika się przykrego opatrywania codziennie, osiąga się stałe wypływanie wydzieliny i ułatwia sklejanie ścian ropnia.

Co się tyczy częstości stosowania poszczególnych sposobów operowania, to cięcie przez powłoki brzuszne wykonano w 214 zanotowanych w piśmiennictwie przypadkach z 36% zejść śmiertelnych, cięcie w okolicy lędźwiowej w 47 spostrzeżeniach z 23% zejść śmiertelnych. Drogą przezopłucnową operowano 201 razy, ze śmiertelnością w 33%, w 10% zabieg powikłany został przez przeniknięcie do opłucnej powietrza lub zakażenie jej. Körte w swoich 60 spostrzeżeniach 19 razy operował drogą brzuszną lub lędźwiową, 41 razy przezopłucnowo. Z tych ostatnich w 4 przypadkach miał do czynienia ze zrostami w opłucnej, w 14-tu — z wysiękiem surowiczym lub ropnym, w 12-tu opłucna były zdrowa. Po operacyi w jednym przypadku stwierdzono niewielki surowiczy wysięk w opłucnej, który wkrótce wessał się, w 3-ch ropny wysięk wymagał powtórnego zabiegu.

Odmiany etiologiczne ropni podprzeponowych. Ropnie z powodu przedziurawienia żołądka stanowią najczęstszą kategoryę tego cierpienia. Na 890 przypadków, zestawionych przez Piquanda, było ich 259 czyli 29%. W tej liczbie 11 razy przyczyną przedziurawienia był rak, 6 — uraz, 259 — wrzód żołądka. Najczęstsze umiejscowienie wrzodu w takich przypadkach to mała krzywizna, dalej przednia powierzchnia, rzadziej tylna lub odźwiernik. Znajdowano i po parę wrzodów przedziurawionych, albo też — brak przedziurawienia, tylko blizna w ścianie żołądka świadczyła o przyczynie ropnia. Przebieg cierpienia po przedziurawieniu żołądka bywa różny, w zależności od tego, czy mamy zrosty dokoła żołądka, czy nie. W pierwszym przypadku odrazu powstać może otorbiony ropień, w dru-

gim — ogólne zapalenie otrzewnej, które dać może ropień podprzeponowy. To ostatnie zejście należy do zjawisk rzadkich, częściej natomiast spostrzegano ograniczony ropień podprzeponowy w następstwie cięcia brzucha, spowodowanego ogólnem zapaleniem otrzewnej po przedziurawieniu wrzodu żołądka: na 327 takich zabiegów operacyjnych notowano ropnie podprzeponowe 22 razy. W pewnej niewielkiej liczbie przypadków ropienie zależy od puszczenia szwów, zamykających otwór w żołądku, częściej — od niedostatecznego oczyszczenia i przesączkowania przestrzeni podprzeponowej. Dają one aż 72°/₀ zejść śmiertelnych, a to z powodu trudnego rozpoznania ich: rozwijają się zazwyczaj niespostrzeżenie, nie dają wyraźniejszych objawów miejscowych i często przyjmowane bywają za trwające wciąż ogólne zapalenie otrzewnej. Umiejscowiają się równie dobrze z lewej, jak i z prawej strony, czem różnią się od następnej, częstszej postaci, spostrzeganej prawie wyłącznie ze strony lewej.

Ta ostatnia odmiana już od początku występuje jako ograniczone zapalenie otrzewnej, a to dzięki zrostom dokoła żołądka. Umiejscowienie ropnia zależy od miejsca przedziurawienia żołądka: przedziurawienie małej krzywizny i przedniej ściany, co bywa w większości spostrzeżeń, dają ropień podprzeponowy przedni lewy, tak zwany przedżołądkowy. Zawiera on zwykle gazy i powoduje objawy bardzo wyraźne (wypuklenie w nadbrzuszu). Przedziurawienie wpustu lub dużej krzywizny bywa przyczyną ropnia żołądkowośledzionowoprzeponowego, przedziurawienie okolicy odźwiernika — ropnia przedniego lewego lub podwątrobowego; ten ostatni niekiedy powikłany być może ropniem przednim prawym. Przedziurawienie tylnej ściany żołądka prowadzi do ropienia w worku sieciowym.

O częstości poszczególnych postaci daje pojęcie poniższa tablica, dotycząca 234 spostrzeżeń ropni podprzeponowych w następstwie wrzodu żołądka; w liczbie ich było:

125	ropni	lewostronnych, nad i przedżołądkowych,
34	„	przednie prawe,
29	„	w przestrzeni żołądkowośledzionowoprzeponowej,
11	„	w worku sieciowym,
8	„	podwątrobowych,
22	„	bez danych co do umiejscowienia.

Obecność gazów notowano w 60%. Stosunek ropnia do przedziurawionego wrzodu niekiedy był bardzo blizki — tak, że prawie cała treść żołądka przechodziła do jamy ropnia, kiedyindziej ropnie znajdowano dość daleko od miejsca przedziurawienia. Rokowanie w tej postaci ropni podprzeponowych bywa gorsze, niż w innych: ogólna śmiertelność wynosi 74%, w przypadkach nieoperowanych 92%, w operowanych — 44%, w operowanych w ciągu ostatnich 10 lat — 36%.

Do opróżnienia tych ropni wystarcza zazwyczaj cięcie brzuszne, tylko w postaci żołądkowośledzionowoprzeponowej trzeba było niekiedy iść przez ścianę klatki piersiowej, gdy ropnie chowały się pod dolnemi żebrami. Na 12 przypadków, w których prócz opróżnienia ropnia zeszyto żołądek, 8 skończyło się smiertelnie — odsetka większa od przeciętnej.

Ropnie podprzeponowe w następstwie przedziurawienia raka żołądka należą do rzadkich, i mało interesują chirurgów, gdyż występują w tak późnym okresie cierpienia podstawowego, że o zabiegu nie może być mowy. Inna rzecz, gdy chodzi o ropnie w następstwie wycięcia żołądka na skutek raka. Na 126 podobnych zabiegów 4 razy notowano śmierć z przyczyny tego powikłania, którego punktem wyjśc a było puszczenie szwów.

Przedziurawienie wrzodu dwunastnicy bardzo rzadko prowadzi do utworzenia się ropnia podprzeponowego, a to dlatego, że z powodu braku zrostów wrzód otwiera się do wolnej jamy otrzewnej: na 175 przedziurawień wrzodu dwunastnicy tylko w 5 doszło do wytworzenia się ropnia pod przeponą. Stanowią one zaledwie 3,3% w ogólnej statystyce omawianego cierpienia i umiejscawiają się najczęściej pod wątrobą, rzadziej w worku sieciowym lub poza otrzewną. Ogólna śmiertelność wynosi 88%, a w operowanych przypadkach umiera 6 chorych na 8.

Ropnie podprzeponowe na skutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Pod względem częstości stoją one tuż za poprzednią postacią. Na 890 spostrzeżeń znajdujemy 229 przypadków tej właśnie kategoryi, czyli 25%, w statystyce Körtego stanowią one aż 45%. W przebiegu cierpienia podstawowego powikłanie to występuje mniej więcej w 2% przypadków, Howard Kelly jednak notuje 7 odnośnych przypadków na 86 spo-

strzeżeń zapalenia wyrostka, a Körte w ciągu 10 lat spostrzegał 28 ropni podprzeponowych tego pochodzenia. Powikłanie to występuje 3 razy rzadziej u chorych, operowanych doszczętnie. Nawet bardzo wczesne wycięcie wyrostka, np. w ciągu doby od początku cierpienia, nie zapobiegało wytworzeniu się ropnia podprzeponowego, choć naogół zmniejsza ono szanse rozwinięcia się tego powikłania. Sonnenburg np. od r. 1901 spostrzegał je tylko 2 razy na 200 chorych, operowanych w ciągu pierwszych 40 godzin, gdy ogółem notował je w 3%. Obecność ropnia przywyrostkowego nie jest koniecznym warunkiem: widywano ropnie podprzeponowe i w przypadkach wysięków plastycznych. Drogi szerzenia się zakażenia mogą być następujące:

1) Przez żyłę wrotną — daje ono wtedy zazwyczaj ropień wątroby, do wytworzenia się wtórnie ropnia podprzeponowego dochodzi wyjątkowo rzadko.

2) Przez naczynia chłonne. W pewnej liczbie przypadków zakażenie bez wątpienia obiera sobie tę drogę, co zostało potwierdzone badaniami, wykazującemi, że naczynia chłonne wyrostka robaczkowego łączą się z gruczołami pozakątnicowymi, połączenia te mogą być liczniejsze w razie obecności zrostów między wyrostkiem o ścianą brzuszną. Opisywano też połączenia między naczyniami chłonnemi wyrostka a wątroby i środka przepony.

3) Poprzez tkankę łączną pozaotrzewnową. Jest to najczęstszy sposób powstawania ropni podprzeponowych, a za pomocą uważnego badania prawie zawsze wyśledzić można bezpośrednią łączność, a nawet ciągłość sprawy przywyrostkowej i podprzeponowej. Tkanka łączna, znajdująca się pod surowicówką wyrostka, łączy się z taką samą tkanką kątnicy, stąd i z pozaotrzewną tkanką okolicy lędźwiowej. Płyn barwny, wstrzyknięty do krezki wyrostka, przenika do tkanki pozaotrzewnowej i wznosi się pod przeponę. Siła, skierowywująca zakażenie w tę stronę, jest odpowiedni układ tkanki i prąd chłonki w naczyniach i w samej tkance.

4. Przez jamę otrzewnej. Ogólne zapalenie otrzewnej w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowe może prowadzić do wytworzenia się ropnia podprzeponowego. Zazwyczaj jednak zakażenie z ropnia przywyrostkowego dociera do przestrzeni

podprzeponowej przez kanał między okrężnicą wstępującą, a boczną ścianą brzuszną. Stąd ropa skierować się może przez otwór Winslowa (względnie rzadko, gdyż zarasta on pod wpływem zapalenia w sąsiedztwie) lub — (częściej) do przestrzeni przeponowowątrobowej prawej, okalając prawy brzeg wątroby. Ropnie, powstałe na tej ostatniej drodze, są wewnątrzotrzewnowe, powstałe skutkiem zakażenia tkanki łącznej — pozaotrzewnowe, przy pośredniczeniu dróg chłonnych w szerzeniu się zakażenia mamy bądź to wewnątrz — bądź to pozaotrzewnowe ropnie. Położenie wyrostka wysokie, pod wątrobą lub poza kątnicą sprzyja zakażeniu przestrzeni podprzeponowej: na 9 ropni tej postaci Weber w 6 przypadkach znalazł wysokie położenie wyrostka, ten sam mniej więcej stosunek podają i inni autorowie.

Zazwyczaj zajęta była prawa połowa przestrzeni podprzeponowej, w kilku zaledwie spostrzeżeniach notowano ropień na lewej stronie więzu wieszadłowego. To ostatnie umiejscowienie zdarza się albo na skutek ogólnego zapalenia otrzewnej, albo z powodu tego, że zakażenie z okolicy podwątrobowej przechodzi do lewej przestrzeni wątrobowoprzeponowej po więzie wątrobowożołądkowym i po dolnej powierzchni wątroby; w pewnej liczbie przypadków ropień z lewego dołu biodrowego dosięgał lewej przestrzeni podprzeponowej po kanale między okrężnicą zstępująca a krezką kiszki cienkiej. Ropień podprzeponowy wewnątrzotrzewnowy może być zupełnie odgraniczony od ropnia przywyrostkowego, kiedyindziej łączy je wązki kanał lub też zlewają się z sobą całkowicie.

Ropnie pozaotrzewnowe, według statystyki Piquanda, stanowią więcej, niż połowę ropni wewnątrzotrzewnowych, według innych autorów są one nawet częstsze od tych ostatnich. Zakażenie szerzy się zwykle przez pośrednictwo tkanki łącznej lub naczyń chłonnych, ropa odłuszcza otrzewną ścienną od tylnej ściany brzucha, podnosi się aż do przepony i często zatrzymuje się u przyczepu więzu wieńcowego. Notowano jednak i takie spostrzeżenia, gdzie ropień docierał powyżej wspomnianego więzu, odłuszczając otrzewną od przepony nie tylko w tylnej części tej ostatniej, ale i w przedniej. Ropnie pozaotrzewnowe przechodzić mogą w wewnątrzotrzewnowe i naodwrót.

Z powikłań najczęściej spostrzegano przedziurawienie prze-

pony (w 34%), dalej ropniak opłucnej (w 30%), otworzenie się ropnia do płuca (w 15%). Powikłania ze strony jamy brzusznej zdarzają się rzadziej.

Początek ropnia podprzeponowego niekiedy bywa ostry i odpowiada co do czasu początkowym objawom zapalenia wyrostka, kiedyindziej, i to bywa częściej, jest on podostry i bardziej odsunięty od wybuchu cierpienia pierwotnego. W tym ostatnim przypadku w kilkanaście dni od początku zapalenia wyrostka ciepłota znów podnosi się. Wracają bóle brzucha, tym razem jednak w górnej jego połowie lub w klatce piersiowej i stopniowo zarysowywuje się obraz ropnia podprzeponowego. Przewlekła postać ropnia zjawiać się może nawet w kilka miesięcy po napadzie zapalenia wyrostka, niekiedy nawet po upływie dłuższego przeciągu czasu od operacyi doszczętnej. Rokowanie w tej postaci ropni podprzeponowych jest trochę lepsze, niż w innych kiszkowego pochodzenia. Ogólna śmiertelność wynosi 58%, w przypadkach nieoperowanych 88%, w operowanych 33%. Operowanie przed upływem trzech tygodni daje 7,6% zejść śmiertelnych, po upływie — 40%. Ropnie gazowe dają rokowanie bardzo niepomyślne. Z pośród 142 przypadków, operowanych na skutek tej postaci ropni podprzeponowych, 37 razy stosowano cięcie brzuszne, dodając do niego niekiedy lędźwiowe lub przezopłucnowe, w 22 przypadkach—lędźwiowe, w 83 — przezopłucnowe. Największa liczba tych ostatnich stoi w związku z tym faktem, że ropnie te częściej mieszczą się nad wątrobą, niż poza nią. Prócz tego zależy to i od dużej częstości towarzyszącego ropniaka opłucnej. Ten sposób operowania, dając dobry odpływ ropie tak z pod przepony, jak i z opłucnej, naraża tę ostatnią na zakażenie w przypadkach jeszcze nie powikłanych.

Zrosty ani obszywanie bezwzględnie temu nie zapobiegają: Körte na 27 odnośnych przypadków w 10 znalazł opłucną zdrową, z tych w dwóch rozwinęło się w niej ropienie z zejściem śmiertelnem. To też Elsberg radzi operować przypadki, niepowikłane jeszcze zapaleniem opłucnej, nie otwierając tej ostatniej. Lejars dla opróżnienia jednocześnie ropnia podrzeponowego i przywyrostkowego stosuje częstokroć cięcie lędźwiowe, wycinając w razie potrzeby ostatnie żebro i unosząc brzeg opłucnej wraz z przeponą.

Ropnie podprzenowe pochodzenia wątrobowożółciowego. Stanowią one zaledwie 14% ogólnej liczby i mogą mieć za przyczynę: uraz wątroby lub dróg żółciowych, zakażenie drobnoustrojami ropnymi, wreszcie — gruźlicę wątroby. Główną rubrykę w tej postaci stanowią przypadki, w których punktem wyjścia jest zakażenie drobnoustrojami ropnymi: ropień wątroby, bąblowiec zropiały, zapalenie dróg żółciowych pochodzenia kamicowego, tyfusowego i innych. Bąblowiec niekiedy naprzód opróżnia się do przestrzeni podprzeponowej, a później dopiero treść jego ulega zakażeniu. Przebieg bywa rozmaity: przypadki z przedziurawiem pęcherza żółciowego dają objawy bardzo ostre, ropnie na skutek wstępującego zakażenia dróg żółciowych tworzą się bardzo powoli i dają objawy łagodne. Śmiertelność w tej postaci wynosi 62%, w nieoperowanych przypadkach — 82%, w operowanych 26%. Najczęściej stosowano cięcie skośne poniżej łuku żebrowego, rzadziej operowano przezopłucnowo, a to w przypadkach ropni wysoko i ku tyłowi położonych, mających za przyczynę zwykle zakażenie wstępujące dróg żółciowych.

Ropnie podprzeponowe trzustkowego pochodzenia. Guinard pierwszy zwrócił uwagę na to, że ropnie przytrzustkowe mogą przebiegać, jako typowe ropnie podprzeponowe, z właściwym tym ostatnim obrazem klinicznym i powikłaniami, jak przedziurawienie przepony i zapalenie opłucnej. Stanowią one 3% ogólnej liczby ropni podprzeponowych. Przyczyna pierwotnego cierpienia — zapalenie trzustki nie zostało jeszcze wyjaśnione. Notowano przypadki ropni trzustki krwionośnego pochodzenia w przebiegu duru i innych cierpień zakaźnych, u innych chorych zakażenie szło naczyniami chłonnemi. Niekiedy mamy do czynienia z zakażeniem trzustki wstępującem, z dwunastnicy np., przez przewód Wirsunga lub Santorina, zwłaszcza u osób, dotkniętych zaburzeniami żołądkowokiszkowemi, u alkoholików i w przebiegu kamicy żółciowej. Wreszcie uraz tłomaczy nam pewne ropnie trzustki i jej okolicy.

Co się tyczy umiejscowienia ropni przytrzustkowych, to najczęściej skierowywują się one ku przodowi, do worka sieciowego; znajduje to wytłómaczenie w doświadczeniach Körtego — płyn, wstrzyknięty do miąższu trzustki pod pewnem ciśnieniem, łatwiej przenika do przodu, przebijając pokrywającą

gruczoł ten otrzewną, niż ku tyłowi, do tkanki pozaotrzewnej. Ropień worka sieciowego zajmuje bądź to całą jego jamę, bądź tylko część, ograniczoną zrostami. Jeśli ropień mieści się w dolnej części worka sieciowego, unosi przednią ścianę brzuszną, przylegając do tej ostatniej czy pod poprzecznicą, czy między nią, a żołądkiem, czy wreszcie powyżej żołądka. Do przepony albo wcale nie przylega, albo tylko na niewielkiej przestrzeni i dlatego nie jest ropniem podprzeponowym. W razie umiejscowienia ropnia w górnej części worka sieciowego może on unosić przeponę aż do V żebra, wypełniać lewe podżebrze i przylegać poprzez przeponę do czterech dolnych żeber z lewej strony. O ile ropień przytrzustkowy rozwija się ku tyłowi, mamy do czynienia z ropniem pozaotrzewnowym, który opuścić się może do nerki, poza okrężnicą zstępującą aż do małej miednicy. W innych spostrzeżeniach ropień pozaotrzewnowy skierowywał się nie ku dołowi od trzustki, a ku górze, przylegając do przepony, unosząc ją i odwarstwiając od niej otrzewną. Zazwyczaj spotykamy się z lewostronnem umiejscowieniem ropnia, w wyjątkowych razach, w ropieniu np. w głowie trzustki znaleźć go możemy na prawej sronie. Zawartość ropnia stanowi płyn surowiczoropny, brunatny, cuchnący, z domieszką krwi, kropel tłuszczu, strzępów zgorzelinowych tkanek. Znajdowano w nim niekiedy sok trzustkowy, kawałki albo i całą, uległą zgorzeli trzustkę.

Z punktu widzenia przebiegu rozróżniamy dwie postacie ropni. W pierwszej z nich u chorych, którzy dotychczas miewali zaburzenia żołądkowokiszkowe, napady kolki żółciowej, lub u alkoholików występują mocne bóle w nadbrzuszu, wymioty, zaparcie stolca, zapaść, lub szybko postępujący upadek sił. W $^1/_3$ spostrzeżeń notowano żółtaczkę, zależną czy to od ucisku powiększonej trzustki na przewód żółciowy wspólny, czy też od istniejącej obok tego kamicy lub zapalenie dróg żółciowych. Körte na 5 swoich spostrzeżeń w 4 widział brunatne zabarwienie skóry, zależne od zmian w nadnerczu: ulegało ono częściowej zgorzeli tłuszczowej, kiedyindziej było ono zupełnie zniszczone.

Cukier w moczu znajdowano rzadko, wymiotów tłuszczowych ani stolców, obfitujących w niestrawione tłuszcze, nie spostrzegano. W innej postaci tego cierpienia mamy początek

podostry: dawne dolegliwości chorego stopniowo wzmagają się, występuje znaczny upadek sił, wychudnięcie. Obraz, jaki daje postać ostra, niekiedy niczem nie różni się od ostrej niedrożności kiszek, przedziurawienia żołądka lub pęcherza żółciowego, zapalenia wyrostka robaczkowego. Prawie wszystkie przypadki, operowane we wczesnym okresie, przeznaczone były do zabiegu jako ostra niedrożność kiszek. Wielu autorów podkreśla przewlekły przebieg tego okresu cierpienia, Körte np. na 46 odnośnych spostrzeżeń notuje w 22 przebieg dłuższy nad 4 tygodnie.

Pozwala to odróżnić je zwłaszcza od przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy. W tych ostatnich albo wrzód wywoływał i przedtem zaburzenia i dlatego nietrudno zoryentować się co do charakteru ostrych objawów, albo przebiegał on skrycie, a wtedy, jak nas uczy odnośna statystyka, przedziurawienie prowadzi zawsze do rozlanego zapalenia otrzewnej, zakończonego bardzo prędko śmiercią. Poczynając od dziesiątego dnia od wystąpienia pierwszych mniej więcej ostrych objawów lub później zaczyna zbierać się ropień, umiejscowiony albo pośrodku, w nadbrzuszu, albo w lewej okolicy lędźwiowej, albo wreszcie wysoko pod przeponą.

Wyniki operacyjne, początkowo niezbyt zachęcające (50% zejść śmiertelnych), poprawiają się stale i w ostatnich statystykach odsetek śmiertelnych zejść wynosi tylko 23,6.

Ropnie podprzeponowe w następstwie cierpień śledziony. Ogłoszono ich 47, z nich 9 pochodzenia urazowego, 1 na skutek bąblowca śledziony, 33 skutkiem ropnia śledziony, spowodowanego zazwyczaj zatorem zropiałym w przebiegu duru, zapalenia wsierdzia, zakażenia połogowego. Ropień mieści się zwykle między lewym płatem tątroby a lewą ścianą klatki piersiowej i daje objawy mało wyraźne. Prócz ogólnych cech ropienia znajdujemy niewielkie stłumienie na klatce piersiowej w okolicy ropnia, między linią pachową i łopatkową. Nakłucie wywiadowcze często daje wynik ujemny z powodu gęstości ropy lub obecności skrzepów zgorzelinowych tkanek, zatykających igłę. Niekiedy uwagę lekarza zwraca wyłącznie wysięk opłucnej, prawie stale notowany, to też niejeden przypadek był operowany, jako ropniak opłucnej. Rokowanie niepomyślne, głównie ze względu na cierpienie podstawowe: ogólna śmiertel-

ność wynosi 72%, w operowanych przypadkach – 37%. W znacznej większości spostrzeżeń stosowano przezopłucnowy sposób operowania.

Ropnie podprzeponowe nerkowego pochodzenia. Dzięki temu, że ropień przynerkowy ma większą skłonność do opadania ku dołowi, niż do posuwania się ku górze, ropnie tej kategoryi są rzadkie, stanowią zaledwie 3,4% ogólnej liczby. Dodać wypada, że nawet w przypadkach, gdzie ropień przynerkowy sięga wysoko, ma on większą skłonność do przedostania się do klatki piersiowej przez hiatus costo-lumbalis, niż do umiejscowienia się pod przeponą; na 166 ropni przynerkowych 8 obeszło przeponę i otworzyło się do opłucnej lub płuca, jeden tylko umiejscowił się pod przeponą. Przyczyną ropnia może być: uraz nerki, kamień w nerce lub miedniczce, gruźlica, zapalenie nerki i miedniczki z powodu rzeżączki. W przypadku Quenu punktem wyjścia był ropień nadnercza. Ropnie zawsze umiejscawiają się pozaotrzewnowo, pod tylną częścią przepony, dlatego dla opróżnienia ich naczęściej stosowano cięcie lędźwiowe. Rokowanie lepsze, niż w innych postaciach ropni podprzeponowych: ogólna śmiertelność wynosi 55%, w przypadkach operowanych 25%.

Ropnie podrzeponowe w związku z cierpieniami kobiecemi stanowią 1,8% ogólnej liczby i zależą najczęściej od zakażenia połogowego, lub ropnego zapalenia przydatków. Powstają albo wskutek przerzutu, albo drogą ogólnego zapalenia otrzewnej. Są one zwykle wewnątrzotrzewnowe; w jednym tylko przypadku znaleziono pozaotrzewnowy ropień pod przeponą, który łączył się z nacieczonem ropą przymaciczem. Śmiertelność ogólna wynosi 58%, w operowanych przypadkach — 25%.

Ropnie podprzeponowe w związku z cierpieniami płucno-opłucnowemi (z wyjątkiem gruźlicy) nie należą do częstych, przynajmniej w porównania z częstością, z jaką występują cierpienia opłucnej w przebiegu ropni podprzeponowych. Dawniej tłómaczono to brakiem połączeń między naczyniami chłonnemi obu tych jam surowiczych, obecnie zaś, gdy badania Küttnera dowiodły, że połączenia takie istnieją i są liczne tak w jednym, jak i w drugim kierunku, przyczyny tego zjawiska szukać musimy gdzieindziej, mianowicie: 1) opłucna łatwiej ulega zakażeniu, niż otrzewna; 2) drobnoustroje, filtrujące się przez naczy-

nia chłonne przepony, tracą część swej żywotności, czego dowodzi fakt, że wtórna sprawa w opłucnej bywa mniejszego natężenia, niż pierwotna pod przeponą (surowiczy wysięk w opłucnej wobec ropnego pod przeponą, ropny w opłucnej wobec posokowego pod przeponą); nic też dziwnego, że z tak osłabionymi drobnoustrojami otrzewna, bardziej od opłucnej odporna na zakażenie, lepiej sobie radzi naogół, niż opłucna, bo że reaguje na to zakażenie, dowodzą tego np. przypadki zapalenia płuc u podstawy z objawami otrzewnowymi; 3) zapalenie otrzewnej w następstwie zapalenia opłucnej jest, być może, częstsze, niż przypuszczamy, tylko trudne do stwierdzenia, tymczasem zmiany w opłucnej łatwiej stwierdzić metodami fizykalnemi czy wreszcie podczas operacyi, gdyż droga do przestrzeni podprzeponowej częstokroć prowadzi przez jamę opłucnej.

Odnośnych spostrzeżeń ogłoszono 36, z liczby tej w 17-u pierwotnem cierpieniem był ropniak opłucnej, w 15-u — zapalenie lub zgorzel płuca. U wszystkich 7 chorych z przed roku 1894 z wyjątkiem jednego stwierdzono przedziurawienie przepony, z nich 7 nieoperowanych zmarło, 1 operowany wyżył. Po r. 1894 prawie wszyscy chorzy byli operowani, przedziurawienia przepony nie notowano ani razu, śmiertelność przypadków operowanych wynosi 18%.

PIŚMIENNICTWO.

Barnard: „Surgical aspects of subphrenic abscess“. Brit. med. Journ. 22. II. 1908.

Catz et Kendirdjy: „Les abcès sous-phréniques“. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. №№ 3, 4, 5, 6 r. 1908.

Guibal: „Les abcès sous-phréniques“. Revue de Chir. r. 1909. №№ 1 i 3.

Piquand: „Les abces sous-phréniques“ Revue de Chir. r. 1908. №№ 1, 2, 4, 5, 8, 9.

Renvers: „Hypophrenium und seine chirurgische Bedeutung“. Deutsche Zeitschr. f. Chir. t. 95.

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Carrel i Burrows. *O rozrastaniu się tkanek i narządów poza ustrojem.*

Za punkt wyjścia doświadczeń posłużyły badania Harrisona nad wzrostem nerwów zarodka żaby w kropli chłonki.

Doświadczenia robiono na tkankach psów, kotów i żab, zachowywanych w osoczu krwi tych zwierząt w cieplarce, w ciepłocie 37° C. Rozrastanie się, a raczej rozmnażanie się komórek spostrzegano wprost pod mikroskopem, w cieplarce.

Hodowle rozmaitych tkanek posiadają pewne cechy wspólne. Początek rozmnażania się komórek zależy od rodzaju tkanki, wieku zwierzęcia i t. d. Tak np. komórki narządów gruczołowych psa dorosłego zaczynają mnożyć się po upływie 36 — 48 godzin, natomiast w tkance, wziętej od zwierzęcia kilkodniowego, nowe komórki ukazują się już po upływie 10—12 godzin.

Hodowle z gruczołu tarczowego, nerki, nadnercza wykazują rozrastanie się po upływie 4—5 dni, chrząstka i otrzewna rosną zrazu bardzo wolno, ale już po upływie tygodnia okazują żywą działalność, a na 10 dzień rozrastanie się komórek odbywa się bardzo energicznie. Pierwszym objawem rozrostu danej tkanki jest ukazanie się na brzegach kawałków, wziętych do doświadczeń, komórek wrzecionowatych lub wielokątnych, a zwłaszcza wrzecionowatych, których kształt jest jeden i ten sam we wszystkich rodzajach tkanek. Pochodzą one, prawdopodobnie, z tkanki łącznej danego narządu. Wkrótce zjawiają się komórki zróżniczkowane.

Co się tyczy hodowli poszczególnych tkanek, to w błonie zewnętrznej tętnicy zauważono na brzegu hodowanego kawałka po 3 dniach rozwijanie się nowych komórek, które wszakże trwało bardzo krótko.

Rozrastanie się chrząstki odbywało się w sposób następujący: na 4 dzień zjawiały się pierwsze nowe komórki, a po tygodniu z dolnego bieguna wyciętego kawałka wyrósł wyrostek chrząstkowy, dostrzegalny nieuzbrojonem okiem. Stopniowe rozwijanie się świeżej tkanki na brzegach chrząstki stawało się coraz żywsze, tak, że na 10 dzień stwierdzono na obu bie-

gunach kawałka przyrost chrząstki, długości dwóch milimetrów.

Śródbłonek otrzewnowy, biorąc naogół, rozmnaża się powoli. Po tygodniu rozpoczyna się rozmnażanie się komórek, których ruch na brzegach preparatu autor wyraźnie spostrzegał.

Kości: po upływie 3 dni w szpiku kostnym spostrzegano maleńkie cząsteczki kości.

Naskórek. Wzrost tej tkanki badano na skórze dorosłej żaby. Po 12—24 godzinach zjawiały się liczne komórki nabłonkowe, a po upływie 48 godzin pasmo nowoutworzonego naskórka w niektórych hodowlach było dwa razy szersze od pierwotnego preparatu. W niektórych komórkach spostrzegano karyokinezę.

Hodowla narządów. Doskonałe wyniki otrzymano z hodowli gruczołu tarczowego psów. Wzrost rozpoczynał się po 48 godzinach w postaci długich, wrzecionowatych komórek, wyrastających z brzegów preparatu. Na 5 dzień rozrost komórek dosięgał pełni i postępował żywo, dopóki osocze dopisywało.

Niezwykle zajmujące były doświadczenia nad wzrostem tkanki nerkowej młodych kotów. Na jednym preparacie wzrost komórek rozpoczął się po 12 godzinach; na 5 dzień preparat zabarwiono hematoksyliną i stwierdzono obecność figur karyokinetycznych, a co najważniejsze, kilka nowoutworzonych kanalików nerkowych, wyraźnie wrastających w osocze. Również i na drugim preparacie Carrel widział na 1 dzień kanaliki, wysłane nabłonkiem, rozrastające się w rozmaitych komórkach.

Druga serya doświadczeń polegała na przenoszeniu na nowe podłoże cząstek tkanek, wyhodowanych na jednem podłożu. W tym celu użyto kawałeczków gruczołu tarczowego, przenosząc je 7 dnia na nowe podłoże. Po 12 godzinach tkanka zaczęła rosnąć dość żywo pod wpływem świeżego osocza; zdaniem Carrela, ten wzmożony wzrost zależy bezpośrednio od przeniesienia tkanki na nowe, jeszcze nie wyczerpane podłoże.

Wreszcie Carrel zaszczepiał nowoutworzone na tej drodze komórki gruczołu tarczowego — na świeże podłoże i tam niekiedy udawało mu się otrzymać drugie pokolenie tkanki.

Doświadczenia powyższe stwierdzają tedy fakt możliwości rozrastania się tkanek zwierząt ssących—poza ustrojem i otwierają nowe perspektywy, zwłaszcza dla patologii doświadczalnej – dla badań nad etyologią i rozwojem rakow i mięsaków. I pod tym względem autorowie posiadają już pewne doświadczenie, spostrzegali bowiem wzrost cząstek mięsaka kurzego w osoczu.

(*The journal of the americ. med. associations 1910 oct. 15*).

A. WERTHEIM.

Carrel i **Burrows.** *O wzroście tkanek zdrowych i nowotworowych in vitro.*

Doświadczenia robiono na kurczętach, którym szczepiono mięsaki. Cząstki tkanek zdrowych i nowotworowych umieszczano w osoczu ptaków zdrowych, dotkniętych mięsakiem. Wyniki doświadczeń podzielili autorowie na dwie serye. Pierwsza obejmuje doświadczenie nad wpływem osocza zwierząt zdrowych i dotkniętych mięsakiem na wzrost tkanek mięsakowych. Druga dotyczy wpływu tego osocza na tkanki zdrowe zwierząt zdrowych i dotkniętych nowotworami.

Okazuje się, że mięsaki, hodowane w osoczu zwierząt, dotkniętych nimi, rosną bardzo szybko. W ciągu 24 godzin powstaje terytoryum nowoutworzone 15—20 razy szersze od pierwotnego. Ten sam nowotwór, zaszczepiony na osoczu zwierzęcia zdrowego, rośnie znacznie wolniej, w osoczu zaś innego osobnika, dotkniętego również mięsakiem, rośnie bardzo wolno, albo i wcale nie. Te własności hamujące osocza zależą od czynników, dotychczas jeszcze nie zupełnie wyjaśnionych. Być może, iż w rzędzie czynników tych znajdują się substancye, wydzielane przez sam nowotwór, albo też przez ustrój — jako odczyn tego ostatniego. Ażeby się przekonać, czy nowotwór nie wydziela takich substancyi hamujących, dodawano wyciąg z mięsaka do hodowli mięsaka w osoczu zwierzęcia zdrowego i dotkniętego mięsakiem. Okazało się, iż wzrost mięsaka, hodowanego w osoczu zdrowem — po podaniu tego wyciągu wzmagał się, co przemawia przeciw przypuszczeniu hamującego wpływu owego wyciągu. Należy przeto przyjąć, że własności hamujące zależą od ciał, wytwarzanych przez sam ustrój.

Doświadczenia nad wpływem osocza prawidłowego i mięsakowego na rozrost tkanek prawidłowych zwierzęcia zdrowego — i dotkniętego mięsakiem dały wyniki następujące.

Badanie robiono na zdrowej śledzionie zwierząt, dotkniętych mięsakiem, na śledzionie zwierząt zdrowych oraz na organach zarodków kurzych.

Osocza dostarczały zdrowe, dorosłe zwierzęta oraz zwierzęta, dotknięte guzami rozmaitych rozmiarów.

Okazało się, że kawałki śledziony zwierząt zdrowych niekiedy rosły jednakowo szybko w osoczu prawidłowem i mięsakowem, innym razem wzrost w osoczu mięsakowem był żywszy.

Śledziona zaś zwierząt, dotkniętych mięsakiem, stanowczo rosła szybciej w osoczu mięsakowem. To samo dotyczy śledziony zarodków kurzych, która w osoczu mięsakowem rosła żywiej.

Przyśpieszenie wzrostu tkanek w osoczu mięsakowem zależy od takich czynników, jak rozmiary i wiek guza: mianowicie

gunach kawałka przyrost chrząstki, długości dwóch milimetrów.

Śródbłonek otrzewnowy, biorąc naogół, rozmnaża się powoli. Po tygodniu rozpoczyna się rozmnażanie się komórek, których ruch na brzegach preparatu autor wyraźnie spostrzegał.

Kości: po upływie 3 dni w szpiku kostnym spostrzegano maleńkie cząsteczki kości.

Naskórek. Wzrost tej tkanki badano na skórze dorosłej żaby. Po 12—24 godzinach zjawiały się liczne komórki nabłonkowe, a po upływie 48 godzin pasmo nowoutworzonego naskórka w niektórych hodowlach było dwa razy szersze od pierwotnego preparatu. W niektórych komórkach spostrzegano karyokinezę.

Hodowla narządów. Doskonałe wyniki otrzymano z hodowli gruczołu tarczowego psów. Wzrost rozpoczynał się po 48 godzinach w postaci długich, wrzecionowatych komórek, wyrastających z brzegów preparatu. Na 5 dzień rozrost komórek dosięgał pełni i postępował żywo, dopóki osocze dopisywało.

Niezwykle zajmujące były doświadczenia nad wzrostem tkanki nerkowej młodych kotów. Na jednym preparacie wzrost komórek rozpoczął się po 12 godzinach; na 5 dzień preparat zabarwiono hematoksyliną i stwierdzono obecność figur karyokinetycznych, a co najważniejsze, kilka nowoutworzonych kanalików nerkowych, wyraźnie wrastających w osocze. Również i na drugim preparacie Carrel widział na 1 dzień kanaliki, wysłane nabłonkiem, rozrastające się w rozmaitych komórkach.

Druga serya doświadczeń polegała na przenoszeniu na nowe podłoże cząstek tkanek, wyhodowanych na jednem podłożu. W tym celu użyto kawałeczków gruczołu tarczowego, przenosząc je 7 dnia na nowe podłoże. Po 12 godzinach tkanka zaczęła rosnąć dość żywo pod wpływem świeżego osocza; zdaniem Carrela, ten wzmożony wzrost zależy bezpośrednio od przeniesienia tkanki na nowe, jeszcze nie wyczerpane podłoże.

Wreszcie Carrel zaszczepiał nowoutworzone na tej drodze komórki gruczołu tarczowego — na świeże podłoże i tam niekiedy udawało mu się otrzymać drugie pokolenie tkanki.

Doświadczenia powyższe stwierdzają tedy fakt możliwości rozrastania się tkanek zwierząt ssących—poza ustrojem i otwierają nowe perspektywy, zwłaszcza dla patologii doświadczalnej – dla badań nad etyologią i rozwojem rakow i mięsaków. I pod tym względem autorowie posiadają już pewne doświadczenie, spostrzegali bowiem wzrost cząstek mięsaka kurzego w osoczu.

(*The journal of the americ. med. associations 1910 oct. 15).*

A. WERTHEIM.

Carrel i Burrows. *O wzroście tkanek zdrowych i nowotworowych in vitro.*

Doświadczenia robiono na kurczętach, którym szczepiono mięsaki. Cząstki tkanek zdrowych i nowotworowych umieszczano w osoczu ptaków zdrowych, dotkniętych mięsakiem. Wyniki doświadczeń podzielili autorowie na dwie serye. Pierwsza obejmuje doświadczenie nad wpływem osocza zwierząt zdrowych i dotkniętych mięsakiem na wzrost tkanek mięsakowych. Druga dotyczy wpływu tego osocza na tkanki zdrowe zwierząt zdrowych i dotkniętych nowotworami.

Okazuje się, że mięsaki, hodowane w osoczu zwierząt, dotkniętych nimi, rosną bardzo szybko. W ciągu 24 godzin powstaje terytoryum nowoutworzone 15—20 razy szersze od pierwotnego. Ten sam nowotwór, zaszczepiony na osoczu zwierzęcia zdrowego, rośnie znacznie wolniej, w osoczu zaś innego osobnika, dotkniętego również mięsakiem, rośnie bardzo wolno, albo i wcale nie. Te własności hamujące osocza zależą od czynników, dotychczas jeszcze nie zupełnie wyjaśnionych. Być może, iż w rzędzie czynników tych znajdują się substancye, wydzielane przez sam nowotwór, albo też przez ustrój — jako odczyn tego ostatniego. Ażeby się przekonać, czy nowotwór nie wydziela takich substancyi hamujących, dodawano wyciąg z mięsaka do hodowli mięsaka w osoczu zwierzęcia zdrowego i dotkniętego mięsakiem. Okazało się, iż wzrost mięsaka, hodowanego w osoczu zdrowem — po podaniu tego wyciągu wzmagał się, co przemawia przeciw przypuszczeniu hamującego wpływu owego wyciągu. Należy przeto przyjąć, że własności hamujące zależą od ciał, wytwarzanych przez sam ustrój.

Doświadczenia nad wpływem osocza prawidłowego i mięsakowego na rozrost tkanek prawidłowych zwierzęcia zdrowego — i dotkniętego mięsakiem dały wyniki następujące.

Badanie robiono na zdrowej śledzionie zwierząt, dotkniętych mięsakiem, na śledzionie zwierząt zdrowych oraz na organach zarodków kurzych.

Osocza dostarczały zdrowe, dorosłe zwierzęta oraz zwierzęta, dotknięte guzami rozmaitych rozmiarów.

Okazało się, że kawałki śledziony zwierząt zdrowych niekiedy rosły jednakowo szybko w osoczu prawidłowem i mięsakowem, innym razem wzrost w osoczu mięsakowem był żywszy.

Śledziona zaś zwierząt, dotkniętych mięsakiem, stanowczo rosła szybciej w osoczu mięsakowem. To samo dotyczy śledziony zarodków kurzych, która w osoczu mięsakowem rosła żywiej.

Przyśpieszenie wzrostu tkanek w osoczu mięsakowem zależy od takich czynników, jak rozmiary i wiek guza: mianowicie

im guz jest starszy i większy, tem możniejszy jest wpływ osocza zwierzęcia tym guzem dotkniętego na wzrost tkanek w owem osoczu. Przyczyną tego przyspieszenia wzrostu musi być jakieć ciało, wytwarzane przez nowotwór. Celem przekonania się o tem Carrel robił następujące doświadczenia. Kawałki śledziony prawidłowej lub tkanki zarodkowej hodował równocześnie w osoczu zdrowem i mięsakowem. Osocze mięsakowe przyśpieszało wzrost tkanek. Jednakże z chwilą dolania do osocza zdrowego — wyciągu z mięsaka wzrost tkanek w tem osoczu zdrowem okazywał się znacznie żywszym, niż w osoczu ze zwierzęcia dotkniętego nowotworem. Różnice te występowały jaskrawie zwłaszcza w stosuku do tkanek zarodkowych. Tak np. na jednym z preparatów stwierdzono, że przestrzeń, zajęta przez tkankę nowoutworzoną, po upływie 27 godzin była 40 razy większa od pasa pierwotnego.

(The Journ. of. the americ. med. assos. 1911. Jan. 7).

A. WERTHEIM.

Ritter. *Przyczynki do przeszczepiania tkanek.*

Jako najpodatniejszy materyał do przeszczepiania uważa Ritter naczynia krwionośne. Z pomocą nich np. możemy łączyć nawet bardzo od siebie odstające kawałki różnej szerokości, gdyż naczynie, wzięte do plastyki, możemy dowolnie zwężać lub rozszerzać. W ten sposób operował R. 5 razy i tylko w jednym przypadku z powodu ropienia wynik nie był dodatni. Również plastyka z naczynia krwionośnego nadaje się znakomicie, jak to wykazują doświadczenia Rittera na zwierzętach, do osłaniania rdzenia pacierzowego w razie uszkodzeń tegoż. Natomiast do pokrywania ubytków płaskich sposób ten nie nadaje się. Na szczęście Kirschner zapoznał nas z bardzo podatnym i żywotnym materyałem do przeszczepiania, a jest nim powięź, z której bezkarnie brać możemy i duże płaty np. z uda, bez obawy obumarcia tychże.

A płaty takie są nieraz bardzo potrzebne np. do szycia organów miąższowych (w jednym przypadku zeszył a raczej załatał R. powięzią z uda pękniętą wątrobę), uruchomiania stawów, zrośniętych kostnie, w operacyach przepuklin, ścięgien, kikutów amputacyjnych i t. p.

Płaty brać możemy bezkarnie np. z powięzi uda, przyczem nie spostrzega się nigdy w miejscu tem potem przepuklin mięśniowych.

(Medicin. Klinik. № 17. 1910).

A. KLĘSK.

Danielsen i Landois. *Przeszczepianie i ciałka nabłonkowe.*

W przeszczepianiu uwzględniać musimy niejako 3 grupy narządów: 1) gruczoły z wydzieliną czysto zewnętrzną, 2) wewnętrzną, 3) mieszaną. Z grupy pierwszej próbowano przeszczepiać wątrobę, nerki i ślinianki, lecz z wynikami ujemnymi, zwłaszcza co do przeszczepiania obcego (heterotransplantation) tak, że ewentualnie jedynie tylko autotransplantacya tych organów wchodzić może u człowieka w rachubę. Grupa trzecia obejmuje: trzustkę, sutek i jądro. Wyniki osiągnięto tu lepsze, lecz także głównie przy autotransplantacyi. Natomiast najwięcej nadają się do przeszczepiań narządy wydzielania wewnętrznego, a mianowicie: gruczoł tarczykowy, jajniki, grasica, przysadka, nadnercza, a także ciałka nabłonkowe. Naturalnie, nie wszystko jednaką miarą mierzyć można. Najwięcej przeszczepiań dokonano z gruczołem tarczykowym, lecz i tu przeszczepianie obce pozostało bez skutku. Natomiast bardzo korzystne wyniki osiągnięto po przeszczepianiu jajników i to zarówno auto- jak i homoioplastycznie. Gorsze wyniki osiągnięto po przeszczepianiu przysadki, a zwłaszcza nadnerczy. Natomiast dobre wyniki osiąga się po przeszczepianiu ciałek nabłonkowych.

O czynności tych ciałek wiele nie wiemy i sądzimy, że wydzielają one pewną, dla ciała ważną, substancyę, lub też może niszczą jakąś szkodliwą. Utrata ciałek nabłonkowych powoduje wybuch ciężkiej tężyczki i wtedy przeszczepianie ciałek może oddać znakomity pożytek, jak o tem mieli sposobność przekonać się autorowie naocznie.

U człowieka spotyka się zwykle 4 ciałka, po 2 z każdej strony, na tylnej stronie płatów bocznych gruczołu tarczykowego. W wolu odszukanie ich jest bardzo trudne. Wielkość ich waha się od 2 — 18 mm. i są barwy czerwonobrunatnej lub żółtobiałej, kształtu nerkowatego i płaskie. U zwierząt stosunki spotykamy inne. U psa, kota i królika druga para ciałek leży już zwykle w samym gruczole. Szczur, mysz, ptaki i węże mają znów tylko 2 ciałka t. j. po jednem z każdej strony. Ciałka te wykrył szwed Sandstroem w r. 1880 i uważał je za dodatkowe gruczoły tarczykowe. Następnie zrobiono spostrzeżenie, że po wyjęciu gruczołu tarczykowego u mięsożernych występowała śmiertelna nieraz tężyczka, u trawożernych zaś charłactwo i obrzęk śluzakowy.

Gley w r. 1891 doniósł w tej sprawie, że różnica ta pochodzi z różnego położenia ciałek nabłonkowych i że tak samo u zwierząt trawożernych wywołać może tężyczkę, jeżeli się poszuka i wyjmie ciałka nabłonkowe.

Coś podobnego wydarzyło się i w patologii ludzkiej. Tak np. Kocher spostrzegał po swych operacyach tylko obrzęk śluzakowy, a nigdy tężyczkę, naodwrót zaś Billroth jedynie tężycz-

kę a nigdy obrzęku. Różnica ta, którą różnie tłomaczono, pochodzi jedynie z różnicy techniki operacyjnej. Kocher, operując, niechcący ciałka szanuje, a Billroth je zabiera.

Doświadczenia na zwierzętach potwierdziły to zdanie w zupełności. Najłatwiej uszkodzić można ciałka przy podwiązywaniu dolnej tętnicy tarczykowej, i to przez zgniecenie np. podwiązką lub też przez odcięcie dowozu krwi, lub i wyjęcie samego ciałka np. przy zupełnem wyjęciu płatu. Dlatego też rada Billrotha, by zawsze wyszukać nerw zwrotny, dla ciałek jest zgubną.

Natomiast najlepiej jeszcze dla ciałek jest przy klinowem wycięciu podług Mikulicza, lub podwiązywaniu naczyń trochę dalej, nie tuż przy gruczole.

Ciałek wogóle zwykle jest 4 i dwa z nich ewentualnie można u człowieka zabrać bezkarnie, natomiast po zabraniu trzech już zwykle zjawia się tężyczka.

Pamiętać należy o tem, że po jednej stronie może być troje ciałek, a po drugiej tylko jedno. W razie wystąpienia tężyczki ciężkiej należy przystąpić do przeszczepienia ciałek z innej osoby.

Co do przeszczepienia, to ogólną zasadę wysnuć można następującą: tkanka tem trudniej daje się przeszczepić, im wyżej jest organizowana, natomiast organa czysto nabłonkowe, jak sutek, jajniki, ciałka nabłonkowe i t. p., najłatwiej się w nowem miejscu przyjmują.

(Medizin. Klinik. № 19—20. 1910).

A KLĘSK.

Henkel. *O wpływie wlewań soli kuchennej.*

W ostatnich czasach wytoczono ciężkie działa przeciw powszechnie stosowanym wlewaniom fizyologicznych rozczynów soli kuchennej. Nawet nie brakuje głosów, które twierdzą, że sól kuchenna, pobierana w większej ilości per os, jest bardzo trująca.

Na dowód przytaczano doświadczenia na zwierzętach. Tak np. Wideröe doszedł z doświadczeń swych do przekonania, że podskórne wlewania rozczynu soli, stosowane w większej ilości u królika, potrafią zwierzę zabić. Ilość, dozwoloną u człowieka, oblicza W. na 4—5 litrów w ogóle. Thiess twierdzi, że wlewań nie powinno się stosować u osób wyniszczonych, u dzieci, przy zmianach w nerkach, sercu i systemie naczyniowym.

(W ten sposób odpadłyby chyba wszystkie ważniejsze wskazania d. ref.).

Inni starają się paraliżować to zgubne rzekomo działanie soli przez dodatek potasu, lub związków tegoż.

Polecano też hypotoniczne rozczyny soli. Autor przepro-

wadził szczegółowe badania nerek u ludzi po stosowaniu wlewań podskórnie i śródżylnie i to przy nerkach zdrowych, u ciężarnych i przy nerkach chorych, i ani razu szkodliwego wpływu na nerki wykryć nie mógł.

Przenoszenie wyników, otrzymanych u królików, wprost na ludzi jest mylne, zwłaszcza że dawka stosowana królikowi jest znacznie stosunkowo wyższa od stosowanej u ludzi. A czyż przeciwnicy wlewań zaprzeczą, że te jedynie nieraz wprost ratują życie chorych, lub dozwalają na wykonanie operacyi u wyniszczonego?

Prócz tego Henkel upatruje we wlewaniach zarazem odkażające ustrój działanie soli. Wobec tego niema żadnego powodu do zaniedbywania tego tak dobroczynnego zabiegu, nawet w obrzękach, rzucawce porodowej, wadach serca i nerek.

(Münch. med. Woch. № 48. 1910).

A. KLĘSK.

Römheld. *Niebezpieczeństwa leczenia jodowego — czułość na jod — jodbasedow.*

Na ostatnim kongresie chirurgów zwrócił Kocher uwagę na fakt występowania choroby Basedowa wskutek podawania jodu. Podobnie wywołać mogą chorobę Basedowa przetwory tarczycy, podawane chorym na wole. Do tego dołącza R. jeszcze swoje spostrzeżenia, a mianowicie dotyczące osób tęgich, u których w rodzinie jest wole. I u nich trzeba być z podawaniem jodu nader ostrożnym. Cierpienie zaczyna się zwykle biegunkami, poczem zjawia się chudnięcie silne mimo doskonałego łaknienia. Nieraz przytem ciepłota bywa podniesiona i akcya serca słabsza. Zmiany te wywołane być mogą nawet niewielkiemi dawkami jodu, ba — nawet spostrzegał je R. i po zewnętrznem użyciu maści na wole i pobycie nad morzem.

Podobnie wyrażają się ostrzegawczo Romberg i Blum a zwłaszcza w ostatnich czasach Krehl. Na dowód przytacza autor bardzo charakterystyczne przykłady ze swej własnej praktyki.

Widzimy z tego, że jod nie jest obojętnym środkiem, i trzeba być z podawaniem jego ostrożnym. Odnosi się to zwłaszcza obecnie do szablonowego stosowania jodu w stwardnieniu tętnic.

Nieraz odnosi się wrażenie, że wiele osób cierpi na ukrytego Basedowa i właśnie dopiero jod lub jego preparaty ujawniają chorobę. Trzeba też pacyentów, pobierajacych jod, zwłaszcza otyłych lub z wolem, ciągle mieć na oku.

Pineles poleca jeszcze ostrożność w cukrzycy.

Rokowanie w jodbasedowie jest poważne, ale nie złe.

Leczenie: jak w Basedowie, ew. w razie poważnych zmian surowica antityreoidynowa.

(Medizin. Klinik. № 49, 1910).

A. KLĘSK.

Beck. *Wartość rozpoznawcza i działanie lecznicze maści bizmutowej w przewlekłych ropieniach.*

Przeciwko sposobowi badania przetok i leczenia tychże maścią bizmutową wystąpiono z kilku stron ostro, ale, jak to autor udowadnia na mocy trzechletniego doświadczenia, zupełnie niesłusznie.

Już sama wartość tego sposobu, jako metody rozpoznawczej, jest ogromna.

Należy jednak wstrzykiwać odpowiednio, a więc maść płynną i nie zasilnie.

Badanie następne, zwłaszcza zaś radioskopowe, wyjaśnia nam potem obraz zupełnie pewnie.

Dla ilustracyi przytacza B. odpowiednie radiogramy i historye chorób, dowodząc, że dopiero sposobem autora udało się dobrze chorobę rozpoznać i leczyć. Tak np. często przetoki około kiszki stolcowej mają zupełnie inne pochodzenie i przypadkowo tu dochodzą, stąd i leczenie ich, jako zwykłych przetok, jest niesłuszne.

B. odpiera też zarzut, jakoby leczenie maścią było złudne i często nie udawało się. Autor i jego bracia otrzymują bardzo często wyleczenia i to nawet tam, gdzie już gdzieindziej kilkakrotnie próbowano tego sposobu. Przyczyn nieudania się szukać należy, jak to przekonało autora doświadczenie, przedewszystkiem w złej technice, nieodpowiedniej porze, wybranej do leczenia (zadużo wydzieliny), a co najczęściej, w ciałach obcych w przetokach, a zwłaszcza martwaków, które należy przedtem usunąć.

Zwykle B. oryentuje się szybko co do wyniku, bo już po pierwszem wstrzyknięciu można sądzić, czy przypadek nadaje się do tego leczenia, czy nie. W razie korzystnym wydzielina zaraz powinna zmienić charakter z ropnej na surowiczą. Jeżeli tak nie jest—szkoda zachodu. Prawie w 50% przypadków, gdzie inni nie uzyskali wyniku, osiągnął B. nieraz już po pierwszem wstrzyknięciu wyleczenie.

W uporczywych przypadkach postępuje Beck w ten sposób, że następne wstrzyknięcie robi dopiero po tygodniu, a potem już częściej co 3—4 dni, zwykle przez miesiąc.

Co do przyczyn gojenia się przetok, to prócz działania mechanicznego, dużo odnieść należy także do wytwarzającego się w cieple ciała z subnitratów wolnego kwasu azotowego.

Przekonał się o tem Baer w ten sposób, że w jednem

mieście osiągano znakomite wyniki, a w drugiem złe. Badanie zaś bliższe wykazało, że złe wyniki osiągano właśnie z preparatami, zawierającymi bardzo mało kwasu azotowego.

Leczenie maścią bizmutową nadaje się zapobiegawczo celem uniemożebnienia wytworzenia się przetok, np. zaraz po otworzeniu ropnia zimnego wpuszcza B. 100 grm. 10% maści bizmutowej, bez zamknięcia otworu. Maść wycieka na opatrunek i zapobiega wtórnemu zakażeniu.

Od 18 miesięcy postępuje B. w ten sposób i z wyników jest zadowolony.

Jeszcze jeden zarzut wchodzi w rachubę, mianowicie obawa przed zatruciem bizmutowem.

Pierwszym objawem jest szare zabarwienie skóry (zwykle w 3 tygodnie po wstrzyknięciu), potem niebieskie owrzodzenia dziąseł, wreszcie nudności, bóle głowy, biegunka, białkomocz i wałeczki, wypadanie zębów, wychudzenie, sinica i t. d.

Wobec odpowiedniego postępowania zatrucie występuje niezmiernie rzadko, a jeżeli zjawi się, to w jednej chwili można mu zapobiedz przez wymycie bizmutu z pomocą wstrzyknięcia jałowej oliwy, pozostawienia jej przez 12 — 24 godzin i następową aspiracyę wytworzonej zawiesiny.

Leczenie maścią znalazło także rozległe zastosowanie w przewlekłych ropieniach nosa, ucha i jam bocznych, w przetokach, powstałych po wyjęciu nerki gruźliczej, ropieniach opłucnej i t. p.

Przeciwwskazane jest to leczenie w gruźlicy stawowej, zwłaszcza ostrej, a także we wszelkich ostrych i gorących ropieniach, a w końcu w przetokach, wpadających do jam dużych, jak czaszki, worka żołciowego, trzustki i t. p.

(Münch. med. Woch. № 33. 1910).

A. KLĘSK.

Krehl. *Przestroga dla ostrożności w używaniu jodu.*

Jod tak wszedł obecnie w użycie, że biorą go sobie nawet sami chorzy, ordynując bez lekarza, a jednak nie należy zapominać, że nieostrożne i niepotrzebne używanie jodu może pociągnąć za sobą zgubne skutki. W schorzeniach gruczołu tarczykowego szablonowo zapisują lekarze jod. A jest to wielkim błędem, bo obecnie wiemy już, te w wielu cierpieniach gruczołu tarczykowego jod jest bardzo szkodliwy.

Wszak młody Kocher wykazał, że w niektórych przypadkach wola podawanie jodu wywołać może ostry thyreoidismus, nawet opisują wystąpienie pod wpływem jodu choroby Basedowa. Powiększenie gruczołu tarczykowego nie dowodzi wcale, że gruczoł ten działa mniej lub więcej, niż działać powinien prawidłowy, a jedynie dowodzą tego inne objawy ogólne i za

niemi w pierwszym rzędzie po zapisywaniu jodu śledzić należy, zwłaszcza że działanie jodu jest nieobliczalne.

Objawy, jak wzmożona nerwowość i chudnięcie, często pochodzą od jodu, a odnosimy je do czegoś innego. Podobnie rzecz ma się po szablonowem podawaniu jodu w sklerozie.

Nie należy czekać, aż wystąpi jodismus, ten bowiem dowodzi tylko w danej chwili zatrucia ostrego jodem, a gorsze są zatrucia przewlekłe.

Kiedyż więc nie wolno podawać jodu? Nie wolno go podawać, skoro istnieją jakiekolwiek objawy, dowodzące zatrucia tarczykowego.

Także w sklerozie w razie powiększenia gruczołu tarczykowego lepiej wstrzymać się od energicznego leczenia jodem.

(Münch. med. Woch. № *47. 1910).*

A. KLĘSK.

Werner i **Caan.** *O działaniu promieni Röntgena na nowotwory.*

Autorowie omawiają swe doświadczenia na mocy materyału heidelbergskiego instytutu do badania raka za czas od 1 stycznia r. 1908 do 1 maja roku 1910.

W tem liczono: 204 raków, 36 mięsaków, 14 złośliwe lymfomy, 6 woli (jedno złośliwe), prócz tego cierpienia skórne, gruźlicę otrzewnej, guzy krwawnicowe, znamiona i t. p.

Zwykle stosowano wspólnie kilka sposobów leczenia np. prześwietlanie, rad, fulguracyę, leczenie antimeristemem Schmidta i t. p., lub po jednej stronie inaczej, niż po drugiej dla kontroli w cierpieniach obustronnych.

Ogólnie spostrzegano, że nietylko różne guzy reagują różnie na promienie Röntgena, ale nawet części tego samego guza wzgl. przerzuty reagują nieraz inaczej, niż reszta guza, wzgl. guz macierzysty.

Najwięcej z raków dotyczyło sutka (77). W 10 przypadkach osiągnięto wybitną poprawę, niemal wyleczenie, w 24 również polepszenie podmiotowe lub przedmiotowe. Najczęściej natomiast uzyskać się dało poprawy podmiotowe zwłaszcza co do bólu, krwotoków i gnicia.

W owrzodzeniach stosowano 3 — 4 H miękkiemi lampami, w nieowrzodziałych zaś 5—6 twardemi w przeciągu kilku dni, powtarzając zawsze posiedzenia co 3—4 tygodnie.

Spostrzegano też przypadki zupełnie na naświetlania nie reagujące, mimo tego, że różnic histologicznych nie udało się żadnych w nich wykazać. Próbowano też w rakach sutka wzmacniać działanie przez senzybilizacyę z pomocą 2%—5% roztczynu chininy, fluorescyny, choliny i t. p. Bez wątpienia powiększa się przez to działanie, ale zarazem nieraz łatwo tu

przekroczyć granicę i wywołać szybki rozpad guza, groźny dla ustroju. Dlatego też zaprzestano tego postępowania. Natomiast przeważnie w innych rakach wyniki leczenia były bardzo problematyczne (rak żołądka), lub nawet wprost pogarszały stan np. w rakach języka, ust, szczęk i t. p. Bardzo wdzięcznymi w leczeniu są za to raki skórne.

Mięsaki reagowały też bardzo rozmaicie na promienie Najmniej śluzakomięsaki (nieraz wprost rosły wśród leczenia i tworzyły przerzuty), a najwięcej lymphosarcomata. W tych ostatnich wynik leczniczy był nieraz zdumiewający — niestety nie zawsze trwały, i zjawiały się nawroty, a na nie już zwykle naświetlanie nic nie działało, i jedynie czasem z pomocą radu udało się jeszcze osiągnąć jakiś skutek.

U jednego chorego, który cierpiał na złośliwy gruczolak po obu stronach szyi i pod obu pachami, zastosowano po jednej stronie leczenie samem naświetlaniem, po drugiej zaś prócz tego wstrzykiwania radu. Guzy znikły prędko po obu stronach, jednak po stronie lewej, leczonej tylko Röntgenem, zjawił się rychło nawrót, który ustąpił dopiero pod wpływem radu, a na naświetlania Röntgenem już nie reagował.

Także mięsaki barwikowe rozpadały się szybko, lecz potem nieraz rozsiewały się po ustroju. Z cierpień dobrotliwych spostrzegano korzystne czasem wyniki w wolu miąższowym, przy toczniu (lupus vulgaris), plamach barwikowych i t. d.

Również leczenie to łagodziło przypadłości krwawnicowe, nie lecząc guzów jednak wcale.

Kombinacya z radem jest bardzo nieraz korzystna, ale z drugiej strony skóra staje się przytem bardzo drażliwą. Co do wypadania włosów, to występuje ono po różnych dawkach u różnych osób i różnie na różnych częściach ciała, tak że efekt jest nieobliczalny.

Długotrwałe leczenie Röntgenem powoduje nieraz anemię, wybitny spadek ilości ciałek białych, brak snu, podrażnienie nerwowe i t. p. Leczenie Röntgenem nadaje się znakomicie, jako poprawka operacyi, zwłaszcza wprost w ranę po wycięciu guza.

Natomiast Röntgen — jak na razie — w zupełności noża zastąpić nie może.

Także nieraz stosować możemy to leczenie, jako przygotowawcze przed operacyą np. przy guzach nieruchomych, stojących na granicy możności operacyi. Przez naświetlanie uzyskujemy stan, ułatwiający nieraz następcze operowanie. Jeżeli po pierwszej seryi naświetlań (5 — 6 H) nastąpi pogorszenie, należy bezwarunkowo zaniechać tego leczenia. Z drugiej strony początkowy korzystny wpływ nie dowodzi wcale, że tak dalej też będzie.

Nie możemy w obecnych warunkach spodziewać się wiele

jeszcze po leczeniu Röntgenem, albowiem tkanka guza nie jest jednolita co do czułości na naświetlanie i zawiera w sobie prócz komórek czułych także tak odporne, że zniszczenie ich musiałoby pociągnąć przedtem poważne zniszczenia w tkance zdrowej okolicznej.

Może z czasem uda się nam coś na to zaradzić. Obecnie jednak nie da się zaprzeczyć, że są przypadki, w których Röntgen leczy, a bezwarunkowo w wolu wywołuje wybitną poprawę.

(*Münch. med. Woch.* № 26—27).

A. KLĘSK.

Werner i **Caan.** *O wydostawaniu organów śródbrzusznych celem naświetlania Röntgenem.*

Autorowie poszli dalej w myśl propozycyi C. Becka z r. 1907, t. j. naświetlania guzów narządów jamy brzusznej, nie nadających się do doszczętnej operacyi, przez wydostawanie takowych i wszywanie w powłoki i przez to umożliwianie bezpośredniego zadziaływania na nie promieni rentgenowskich.

W ten np. sposób leczyli 9 przypadków raka żołądka, dwa — raka kiszki stolcowej, jeden — raka worka żółciowego i jeden nawrotu raka w jajniku.

Leczenie to szkody bezpośredniej nigdy nie wywarło, natomiast wynik co do guza bywał nieraz zadziwiający.

W raku kiszki stolcowej wycinano kość ogonową, uruchomiano guz i obszywano brzegiem skóry. Co do samego naświetlania, to stosowano dwa rodzaje ekspozycyi: miejscową na guz (blendy, dwie dawki) i ogólną w całej okolicy guza (erythemdosis) lampami twardemi.

Obecnie w razie np. operacyjnie stwierdzonego raka, nie nadajacego się do wycięcia, należy prócz wykonania np. zabiegu paliatywnego, jak połączenia kiszek i t. p. wszyć guz, o ile to się tylko da, w powłoki i leczyć go potem radiochirurgicznie.

(*Münch. med. Woch.* № *11. 1911*).

A. KLĘSK.

Exner. *O trwałych wyleczeniach raków naświetlaniami radu.*

Że często po naświetlaniach radem znikają nowotwory, to wiadomo, chodzi tylko o to, czy te wyleczenia są trwałe.

Wzmianek o tem w piśmiennictwie nie wiele.

Lassar spostrzegał dłużej, niż rok, wyleczenie 3 raków wargi, podobnie niemal rok Dominici, Heinatz $1^1/_2$ roku, Abbe, który rozporządza dużym materyałem, twierdzi, że najpewniejsze wyleczenie uzyskuje się radem w mięsakach: spostrzegano dłużej, niż rok.

Wobec tego uważa autor swoją publikacyę za ważną. Aby uzyskać wynik radem, trzeba dużej cierpliwości i to tak ze strony lekarza, jak i pacyenta. Niestety, zwykle tej ostatniej choremu już brakuje i przed czasem przerywa leczenie, które czasem trwać powinno i 70—100 godzin naświetlania, albowiem nie ma się nigdy większej ilości radu.

Exner rozporządza jak dotąd 4 przypadkami wyleczonych trwale raków radem: dwa raki policzka, jeden wargi górnej, a jeden nawrót po operacyi raka szczęki górnej. Badanie drobnowidzowe stwierdziło raka. W przypadku raka policzka u 47 letniej kobiety upłynęło od wyleczenia lat 17, w drugim (uznanym za nie nadający się do operacyi) lat 10, w trzecim (nawrót) 2 lata (poczem chory, liczący lat 77, zmarł na zapalenie płuc) a wreszcie w czwartym lat pięć. Co interesujące, to że w ostatnim przypadku chory przerwał leczenie, choć jeszcze cząstka guza pozostała i mimo to w domu już guz znikał dalej aż zupełnie zniknął.

Obecnie zyskiwać jeszcze będziemy coraz to lepsze wyniki przez wprowadzenie filtrowania mało przenikających promieni.

(Münch. med. Wochenschr. № 47. 1910).

A. KLĘSK.

Holländer. *O przypadku postępującego zaniku tkanki tłuszczowej i zastąpieniu ostatniej tłuszczem ludzkim.*

Przypadek dotyczył 21 letniej chórzystki, która rzekomo po silnem wzruszeniu, spowodowanem nagłą śmiercią ojca przed 6 laty, zaczęła chudnąć, i to tylko w górnej połowie ciała aż po biodra. Wychudzenie przybrało takie rozmiary, że oddalono ją z teatru z tego powodu.

Twarz jej robiła straszne wrażenie. Wychudzenie sięgało do bioder, a dalej była ona dość tęga i silnie zbudowana. H. postanowił sztucznie zastąpić tkankę tłuszczową, zwłaszcza na twarzy.

Już dawniej próbował H. wstrzykiwać w wiszące piersi, w blizny wciągnięte i t. p. jałowy tłuszcz, a to na mocy spostrzeżenia, uczynionego u chorych, którym po operacyach żołądkowych wprowadzano celem odżywiania tłuszcz podskórnie. Mimo wessanie tegoż, pozostawały potem w miejscu wstrzyknięcia nabrzmienia, utrzymujące się długi czas

U danej chorej postanowił H. wprowadzić tłuszcz ludzki wspólnie z baranim, a ten ostatni w tym celu, by nie za szybko nastąpiło wessanie.

Tłuszcz ludzki otrzymuje się z operacyi np. usuwania tłuszczaków, sieci i t. p. Do użytku preparuje się go w następujący sposób: tnie się na drobne kawałki, uwalnia od tkanki

łącznej i gotuje 3 godziny w kąpieli wodnej. Po 2 dniach odlewa się tłuszcz, a w naczyniu pozostaje bezużyteczny osad; w ciepłocie pokojowej tłuszcz ten jest płynny. W ten sposób tłuszcz ten przechowywać można w jałowem naczyniu latami a przed użyciem raz go się jeszcze gotuje.

Sam tłuszcz barani po wstrzyknięciu wywołuje podrażnienie, trwające nieraz 8—10 dni, poczem w danem miejscu pozostaje zgrubienie. Jeszcze po $1^1/_2$ roku daje się ten tłuszcz wykazać.

Natomiast połączenie tłuszczu ludzkiego z baranim okazało się bardzo dobre, bo z jednej strony tłuszcz nie znikał szybko, a z drugiej nie było odczynu zapalnego.

Mieszaniną ową wypełnił autor twarz pacyentki, wprowadzając tłuszcz cienką igłą. Należy zawsze wstrzyknąć nieco więcej, niż potrzeba, bo ludzki tłuszcz później znika dość szybko.

Wynik był znakomity, pacyentka jest bardzo zadowolona i znowu wstąpiła do teatru.

(*Münch. med. Wochenschr. 1910 № 34*).

A. KLĘSK.

Ritter. *Leczenie róży gorącem powietrzem.*

Dotąd właściwie nie znamy pewnego sposobu leczenia róży. Sprawy zapalne znikają same przez się jedynie wtedy, gdy ulegną wessaniu. Polecamy chorym np. w ostrych ropnych sprawach spokój, a tymczasem często właśnie ruch ułatwia wessanie, a naodwrót np. pod pachą, gdzie tkanka ma spokój, często zjawiają się ropienia gruczołów. Ritter też już od $3^1/_2$ lat leczy ostre sprawy ropne z pomocą przekrwienia tętniczego, wywołanego gorącem powietrzem lub kąpielami, które ułatwiają znakomicie wessanie.

Obecnie leczenie to przeniósł i na różę, i przekonał się, że gorące powietrze działa tu idealnie. Miejsca zajęte rychło bledną. Zjawiają się pręgi naczyń chłonnych, dowodzące szybkiego wessania; pręgi te uważa R wogóle nie za zły, ale owszem—za dobry znak, dowodzący, że sprawa ma dążność do rozejścia się, ciepłota opada, chorzy czują się zaraz podmiotowo lepiej.

Łuszczenie pojawia się też szybko.

Na twarzy stosuje R. gorące powietrze z pomocą kominka od skrzynek.

W ten sposób leczył R. 21 chorych i wyniki były jedynie polecenia godne.

(*Münch. med. Wochenschr. № 21, 1910*).

A. KLĘSK.

Delrez. *Wstrzykiwania mydła w chirurgii, specyalnie w gruźlicy chirurgicznej.*

D. poleca w chirurgicznej gruźlicy wstrzykiwania w ogniska gruźlicze, a zwłaszcza zimne ropnie, mydło płynne, a mianowicie 2—3 cm. sz. rozczynu sapo kalinus aa z wyskokiem lub wodą.

Środek ten jest, podług D., idealnym antyseptykiem, bo niszczy drobnoustroje, nie uszkadzając tkanek.

Znacznie już słabiej działają wcierania.

(Zeitsch. f. Tuberkulose XV. 6).

A. KLĘSK.

Wrede. *Zachowawcze leczenie wrzodzianki twarzy.*

Niedawno ogłosił Keppler pracę, w której stara się udowodnić, że złośliwą wrzodziankę twarzy daje się zawsze zupełnie dobrze leczyć zachowawczo, a to z pomocą zakładania opaski Biera na szyję.

Na dowód przytoczył 12 w ten sposób wyleczonych przypadków.

W. stanowczo musi wystąpić przeciwko takiemu twierdzeniu. Wrzodzianka twarzy w bardzo wielkiej liczbie przypadków mimo swego strasznego wyglądu jest jednak i tak cierpieniem dobrotliwem i daje się wyleczyć, i to najlepiej, zachowawczo, natomiast wszelkie gniecenia, a nawet nakładania ssawki, poprostu szkodzą i powodują rozszerzanie się sprawy dalej. — Zwykle wrzodzianka powiększa się właśnie przez próby wygniatania, przez chorego przedsiębrane. Natomiast bardzo poważnem, a nie rzadkiem powikłaniem wrzodzianki twarzy jest zakrzepowe zapalenie żył, powodowane, podług autora, przeważnie umieszczeniem się wrzodzianki na jednej z licznych żył i maltretowaniem wrzodzianki choćby z pomocą ruchów mięśni twarzowych i wpędzaniem drobnoustrojów w głąb.

Otóż w razie podobnego powikłania głównym zadaniem jest śledzić za postępowaniem sprawy t. j. napięcia ciepłoty obrzęku i tp. A niestety właśnie leczenie zastoiną zaciera nam te charakterystyczne cechy, a szablonowo stosować opaskę i w zakrzepach W. stanowczo odradza. Tutaj nie zawsze możemy postępować zachowawczo. Inaczej zaś rzecz ma się w wągliku, choć Keppler jest właśnie przeciwnego zdania. Choć wąglik jest cierpieniem częstem, to jednak ustrój lepiej nieraz da sobie z nim radę od noża, natomiast w zakażeniach ropnych leczenie zachowawcze jest nieraz tylko ustępstwem dla kosmetyki. Odpowiednia statystyka.

W. jest więc zdania, że w większości przypadków we wrzodziance twarzy wystarcza leczenie zachowawcze, natomiast w razie powikłań bez noża obejść się nie można.

(Münch. med. Wochenschr. № 29).

A. KLĘSK.

Schnée. *Elasto-massage.*

Autor podaje do mięsienia nowy przyrząd, któremu dał nazwę „Elasto".

Składa się on ze stempli metalowych, łatwo do środka wsuwalnych, które umieszczone są na podstawie podobnie, jak szczeć na szczotce.

Przyrząd ujmuje się w rękę tak, jak woźnica szczotkę do czyszczenia konia.

Elasto wyrabiany jest w 3 kalibrach t. j. o stemplach małych a gęstych, i wielkich a rzadkich.

Kaliber używa się w miarę tego, jaki rodzaj mięsienia chcemy wykonać ev. możemy równocześnie masować dwoma przyrządami, czyli wykonywać naraz dwa zabiegi.

Tak np. effleurage wykonuje się przyrządem średnim, mięsienie pojedyńczych mięśni i nerwów drobnym (E. I), tapotement grubym (E. III)

Zalety tych przyrządów są następujące:

1) Masujący męczy się bardzo mało, bo zużywa zaledwo $^1/_3$ tej siły, jaka jest potrzebna do mięsienia ręką.
2) Masujący nie wchodzi w bezpośrednią styczność z pacyentem, co np. zwłaszcza przy mięsieniu twarzy jest ważne i miłe.
3) Równocześnie wykonywać można różne zabiegi a nawet thermo- i electromassage (bo przyrządy są i do tego przystosowane).
4) Dają się one wygotowywać.

(Medicin. Klinik. № 30—31. 1910).

A. KLĘSK.

Krecke. *Sączek cygaretowy.*

Materyał, użyty do sączkowania, powinien spełniać następujące zadania:

1) dobrze odprowadzać wydzieliny;
2) nie drażnić rany;
3) nie przeszkadzać w pierwotnem zlepianiu się;
4) dawać się łatwo usunąć bez krwawienia;
5) działać w pewnych warunkach odrazu jako tampon, tamujący krwawienie.

Powszechnie używane sączki gumowe lub szklane nie drażnią zbytnio rany, nie przeszkadzają w zlepianiu się rany, dają się łatwo usuwać, natomiast czasem źle odprowadzają wydzieliny, zatykając się, i nie mogą być swobodnie stosowane w krwotoku. Do sączkowania jamy brzusznej swego czasu podał Mikulicz swój worek z gazy. Odprowadza on znakomicie wydzieliny, lecz nie dozwala na pierwotne zasklepienie się rany

i usuwanie jego dla pacyenta jesł bolesne, powodując prócz tego krwawienie.

Amerykańscy chirurgowie podali t. zw. sączek cygaretowy, który ma wiele zalet. Robi go się w ten sposób, że na kawałek protectif silku kładzie się gazę np. vioformową i zwija razem tak, jak cygaro. Gaza powinna po obu końcach wystawać na kilka centymetrów.

Sączek ten wyciąga znakomicie wydzieliny, nie drażni rany, a gładkie ściany powodują łatwe usuwanie go bez krwawienia.

Ponadto nie przeszkadza w zlepieniu pierwotnem rany, a co najważniejsze, można nim odrazu tamponować ranę w razie krwawienia. Służy do tego mianowicie wolny koniec gazy. Jedyną ujemną stroną jest to, że ceratka ochronna (protectif silk) nie daje się w parze wyjaławiać, ani gotować. Dlatego też trzeba go trzymać w płynie antyseptycznym np. sublimacie, a przed użytkiem opłukać rozczynem soli kuchennej.

(Münch. med. Wochenschr. № 31).

A. KLĘSK.

Gross et Binet. *Przypadek nagłej śmierci podczas obezkrwienia sposobem Momburga.*

(Revue de Chirurgie 1910 № 5).

Amberger. *Przypadek śmierci po obezkrwieniu sposobem Momburga.*

(Beitr. z. Klin. Chir. T. 66. Z. 3).

Autorowie pierwszej z prac, wymienionych wyżej, przypominają na wstępie, że metoda Momburga pociągać może za sobą niektóre przypadłości, zależne od zaburzeń czynności serca i naczyń: krwioplucie, krwawienie kiszkowe, z nosa, zgorzel kończyny dolnej, objawy niedomogi serca a nawet niedomykalności zastawek. Znany jest przypadek, opisany przez de Bovisa, gdzie podczas takiego obezkrwienia nastąpiła śmierć bez widocznej przyczyny. Taki sam przypadek opisują autorowie szczegółowo. 27 letniej kobiecie z powodu rozległej gruźlicy stawu kolanowego i ropni opadowych uda wyłuszczono kończynę dolną w stawie biodrowym. Po nałożeniu podwiązek t. j. po upływie 15 minut po nałożeniu opaski, zdjęto tę ostatnią, i w tej samej chwili nastąpiła zapaść, chora przestała oddychać; pomimo zastosowania sztucznego oddechu i t. d. nie udało się chorej przywrócić do życia.

Oględziny pośmiertne stwierdziły ostrą rozstrzeń prawej połowy serca, oraz wylewy krwawe w opłucnej. Ponadto stwierdzono zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego oraz ślady dawnego zapalenia wsierdzia. Śmierć w danym przypadku

należy przypisać nie usypianiu, a nagłej, znacznej zmianie ciśnienia, której nie mogło podołać serce o mięśniu zwyrodniałym. Wnioski autorów: należy unikać sposobu Momburga u dotkniętych cierpieniami serca. Przed nałożeniem opaski należy, idąc za radą Momburga, ułożyć chorego w pozycyi Trendelenburga, dzięki czemu unika się ucisku tętnic krezkowych i nie wyłącza z krwiobiegu całego obszernego terytoryum przewodu pokarmowego; wówczas ciśnienie po nałożeniu opaski podnosi się zaledwie o 10—20 mm. Dla uniknięcia nagłej zmiany ciśnienia należy opaskę zdejmować bardzo wolno, w ciągu 2—3 minut.

Trzeba pamiętać, że metoda Momburga winna być stosowana z największą oględnością.

Przypadek Ambergera miał przebieg następujący. U człowieka starszego rozwinął się tętniak urazowy w pachwinie. Z powodu objawów postępującej anemii—operacya, po uprzedniem nałożeniu opaski według Momburga. Po podwiązaniu tętnicy zranionej, opaskę zdjęto powoli, poczem nagle chory przestał oddychać, tętno zniknęło i nie powróciło już więcej. Usypianie przebiegało prawidłowo. Z wyniku oględzin pośmiertnych na uwagę zasługuje, oprócz zmian urazowych w jamie brzusznej i zwiotczenia serca — nieznaczny surowiczo-krwawy wylew w worku osierdzia i taki sam wylew w lewej jamie opłucnej, oraz obrzęk płuc.

Te zmiany w klatce piersiowej autor czyni zależnemi od zastoju wskutek ucisku opaski, zmiany podobne spotykamy w przypadkach ucisku tułowia; śmierć tłomaczy A. nagłą gwałtowną zmianą wysokości ciśnienia i zwiotczeniem serca i dochodzi do wniosków podobnych, jak autorowie pierwszej z wymienionych prac.

A. WERTHEIM

Schizinger. *Zastosowanie włosia końskiego do szycia ran.*

S. bardzo poleca do szwów skórnych włosie czarne z ogona końskiego, które używa ze znakomitym skutkiem od szeregu lat, zwłaszcza do delikatnych plastyk twarzy, operacyi stulejki i t. p.

Włosie przyrządza autor w sposób następujący: 1) wymycie w rozczynie sody; 2) 6 godzin w 5% karbolu; 3) 6 godzin w wyskoku, a potem wysuszenie i jałowe przechowywanie. Nitki włosia są cienkie a mocne, a wskutek sprężystości nie przerzynają nawet i najdelikatniejszych tkanek. Materyał jest nie kręcony, lecz jednolity a przez to dający się jałowo przyrządzać i przechowywać. Jedynie należy przyzwyczaić się do nieco trudnego robienia węzłów.

(Posiedz. Tow. Lek. Fryburg. 18 listopada 1910).

A. KLĘSK.

Brüstlein. *Uśpienie skopolaminowopantoponowe.*

B. zachwala powyższe uśpienie na mocy doświadczenia z oddziału chirurgicznego szpitala w Bernie szwajcarskim. Do wstrzykiwań używano 2⁰/₀ pantoponu, rozpuszczonego w 75 częściach wody i 25 gliceryny z dodatkiem skopolaminy. Na $1^1/_4$—$1^1/_2$ godziny przed operacyą wstrzykuje się mężczyznom 1 gr. rozczynu (0,0007 skopolaminy), ew. na $^1/_2$ godziny przed operacyą po raz drugi. U kobiet wystarcza wstrzyknięcie na 45 minut przed operacyą 0,04 pantoponu i 0,0004 skopolaminy; u wyniszczonych jeszcze mniej. Zwykle udaje się operować doskonale w tem uśpieniu, czasem tylko w początkach operacyi dawano trochę eteru, by usunąć wstrząs psychiczny u osób bardzo trwożliwych.

Nie spostrzegano przytem zaduszeń eterowych ani podnieceń, wymiotów, zaparć lub innych powikłań.

Rozczyny powinny być zawsze świeżo sporządzane.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte № 26 1910).

A. KLĘSK.

Fühner. *Farmakologiczne badania uśpienia mieszanego.*

W ostatnich dziesiątkach lat na mocy t. zw. synergizmu trucizn zalecają kombinacyę różnych narkotyków i środków do narkozy a to w nadziei, że przez to zyska się wiele. Mianowicie środki kombinowane zaoszczędzają zwykle pojedyncze składniki, sumując się lub nawet pomnażając swe działanie; jedni więc są zdania, że 5 gr. eteru + 5 gr. chloroformu działa tak co do skutku, jak 10 gr. chloroformu, a nie szkodząc tak, jak 10 gr. samego chloroformu, inni znów twierdzą, że nawet kombinacya ta działa lepiej, niż suma obu zużytych środków. Bürgi wyraził zdanie, że kombinacya środków wzmacnia bardzo działanie, jeżeli użyte środki działają na różne organy. Celem wyjaśnienia tej sprawy wykonał autor szczegółowe badania w tej sprawie nad rybką morską cyclopterus lumpus. Na mocy swych badań doszedł autor do wniosku, że indyferentne narkotyki w kombinacyi sumują co najwyżej swe działanie, a spostrzegane lepsze działanie polega na zmianie stosunków wchłaniania.

Natomiast przy kombinacyi środków indyferentnych z zasadowymi, np. morfiny, skopolaminy i t. p. z chloroformem, działanie silniejsze występować tu może, a polega ono jedynie na zmianie stopnia rozpuszczalności danego środka w wodzie, ev. w lipoidach organizmu, przez co większa ilość środka (niż w warunkach prawidłowych) działa na ustrój.

(Münch. med. Wochenschr. № 4 1911).

A. KLĘSK.

Cremer. *Zatrucie połączeniem tlenku węgla z chlorem, lub fosgenem.*

Na wiosnę r. b. operował C. w swojej klinice pewnego razu coś dłuższego. Ogrzanie centralne nie funkcyonowało, a że dzień był bardzo chłodny, polecił C. wstawić do sali piecyk naftowy, zupełnie dobrze funkcyonujący.

Operowano w uśpieniu chloroformowem. Po upływie godziny zaczął C. doznawać suchości w ustach, i kłującego uporczywego kaszlu wraz z trudnością oddechania.

Asystująca akuszerka doznała podobnych przypadłości, a nawet blizka już była zapadu, wobec czego szybko ją wyprowadzono. W kilka godzin zaś dopiero zapadł na podobne objawy wśród wymiotów kolega, prowadzący uśpienie.

Operowana zaś pozostała zupełnie pod tym względem nietknięta, zapewne dlatego, że unoszące się gazy były lekkie, a chora leżała bardzo nizko.

O podobnych objawach donieśli swego czasu Zweifel, Martin, Langenbeck i t. p. po operacyach w uśpieniu przy oświetleniu gazowem. Tworzy się mianowicie w obecności produktów gazu lub nafty z chloroformu $CO\ Cl_2$, albo fosgen, bardzo dla ustroju szkodliwy. Z tego powodu umarła w szpitalu w Hernie siostra zakonna w 28 godzin, a operator May walczył kilka dni ze śmiercią.

W razie konieczności operowania przy świetle należy wstrzyknąć przynajmniej skopolaminmorfinę, aby o ile możności ograniczyć ilość zużytego chloroformu.

(Aerztl. Vierteljahrs-Randschau № III).

A. KLĘSK.

Gurcel. *Ciężka żółtaczka, jako wynik znieczulenia chloroformowego.*

Ciężka żółtaczka, występująca po chloroformowaniu, należy do powikłań względnie rzadkich. W niektórych razach stostunek przyczynowy chloroformowania do żółtaczki bywa maskowany przez współistnienie innych okoliczności, mogących tłomaczyć powstanie żółtaczki, jako to — zakażenie septyczne, użycie antyseptyków i t. p. Istnieją jednak spostrzeżenia, w których związek bezpośredni między chloroformowaniem a żółtaczką jasno występuje. W przypadku Bastianelliego żółaczka została wywołana jednorazowem uśpieniem chloroformowem w celu zbadania ginekologicznego; w przypadkach Forstera, Reggianiniego rozwinęła się ona po chloroformowaniu w celu nastawienia zwichnienia, w spostrzeżeniach autora ukazała się po operacyi aseptycznej. Podobne żółtaczki pooperacyjne spostrzegano dosyć często u dzieci w wieku od roku do 12 tu lat.

Przyczyny żółtaczki szukano w zaburzeniach wątroby i ne-

rek, wytwarzających skłonność do tego powikłania. G. nie zgadza się z tem, bo wtedy powinna być żółtaczka prawidłem po operacyach u alkoholików, co nie odpowiada rzeczywistości. Teorya ta również nie tłomaczy żółtaczki pooperacyjnej u osób z bezwzględnie prawidłową czynnością organów wewnętrznych przed operacyą. G. nie uznaje również zdania Hanota, jakoby żółtaczka zawdzięczała swe powstanie wrodzonemu osłabieniu komórki wątrobowej. Autor posądza trujące działanie chloroformu.

Zwykle chloroform bywa wydzielany w ciągu pierwszych 10-ciu godzin po operacyi. W przypadkach żółtaczki pooperacyjnej chloroform wydziela się drogą płuc w ciągu całego trwania komplikacyi: dowodzi to, że zbyt powolne wydzielanie się chloroformu stanowi warunek niezbędny żółtaczki pooperacyjnej, że chloroform przez swoje własne działanie drażniące wywołuje żółtaczkę. To tłomaczenie potwierdza się spostrzeżeniem Wilsona, Telforta i innych, że w przypadkach zatrucia chloroformem u dzieci stwierdza się obecność acetonu w wydzielinach.

Guthrie i Auburtin podali, że ośrodki nerwowe i wątroba na sekcyi wydzielały zapach chloroformu nawet 7 dni po operacyi.

Chloroform ma działać na wątrobę, wywołując ostre zapalenie wątroby.

Badanie zwłok wykazuje zmiany wszędzie, a w szczególności w wątrobie, w nerkach i w sercu.

Wątroba bywa nieraz nabrzmiała, miękka, żółtawa, najczęściej jednak posiada cechy zaniku, zwykłego w ciężkiej żółtaczce. Pod mikroskopem widać, że komórki wątroby są napełnione kropelkami tłuszczowemi; zarodź i jądro komórki, odepchnięte ku obwodowi, posiadają własności substancyi żyjącej i dobrze barwią się; w pewnych razach spostrzegać się daje i zgorzel nabłonka dróg żółciowych. Najczęściej zmiany histologiczne gnieżdżą się w obwodowych warstwach zrazików. Auburtin zauważył umiejscowienie tych zmian naokoło żyły ośrodkowej zrazika: widać tu wysepki tkanki z cechami zwyrodnienia tłuszczowego, z naczyniami włoskowatemi rozszerzonemi lub przerośniętemi i zwyrodniałemi, a w środku — żyłę. Drogi żółciowe są prawidłowe.

Po obudzeniu się ze snu chloroformowego, nawet krótkotrwałego, chory zwykle przedstawia objawy, których nie można inaczej tłomaczyć, jak zatruciem: białkomocz pochloroformowy jest znany; Vidal podaje zwiększenie ilości azotu, soli azotowych, wapna, chloru; Sironi i Alessandri znajdowali w moczu osób chloroformowanych barwnik żółciowy i urobilinę, wałeczki moczowe i nabłonek nerkowy. Aielo zwrócił uwagę na szkodliwe działanie chloroformu na składniki morfologiczne krwi. Ce-

sale opisuje rozpuszczenie się krwinek, wybroczyny i wynaczynienia w trzewach, krwawienia z nosa, krwawienia kiszkowe i t. d.

Autor dzieli obraz kliniczny na trzy okresy:

Okres I. Objawy początkowe zatrucia chloroformowego zjawiają się po upływie pewnego czasu, najczęściej po 24-ch godzinach; jakkolwiek zjawiają się dopiero i po 6-ciu dniach.

Zazwyczaj przebudzenie się po operacyi bywa prawidłowe, pierwsza doba upływa dobrze, dopiero pod koniec drugiej doby występują objawy nerwowe: majaczenie spokojne, które czasem przechodzi w gwałtowne podniecenie z krzykami i rozrywaniem ubrania. Twarz ma wyraz przerażenia i niepokoju. Występują drgawki ogólne, lub też w formie umiejscowionych drgawek mięśni twarzy. Źrenice są rozszerzone lub nierówne. Cera bywa blada lub zsiniała.

Napięcie w naczyniach jest zmniejszone: tętno jest nierówne, przyśpieszone, 120—160; ciepłota prawidłowa. Oddechanie jest szybkie, nierówne, wydechane powietrze czuć chloroformem, a u dzieci — acetonem.

Wymiociny są z początku żółciowe, ale wprędce nabierają barwy brudnej kawy; zwracają na siebie uwagę gwałtowność i częstość wymiotów.

Ilość moczu zmniejszona; mocz ciemny, zawiera białko, wałeczki, barwnik żółciowy, urobilinę, aceton, kwas acetylooctowy i substancye wyciągowe.

Ten okres trwa dwie doby.

Okres II. Żółtaczka występuje z początku bardzo nieznacznie (zabarwienie spojówki, wędzidełka języka), później rozszerza się; w końcu 4-go dnia jest już rozlane po całej skórze. Objawy opisane powyżej zaznaczają się coraz bardziej: podniecenie i majaczenie zwiększają się, wydzielanie moczu jest prawie wstrzymane, kończyny chłodne, tętno bardzo słabe, ciepłota dochodzi do 38^0 albo zostaje prawidłową. Oddechanie jest krótkie; powietrze wydechane czuć chloroformem lub acetonem. Ten okres trwa 2 lub 3 dni.

Okres III. Ukazuje się śpiączka. Oddechanie staje się charczącem, a w ciągu ostatnich 24-ch godzin—przyjmuje rytm Cheyne-Stokesa. W końcu następuje śmierć.

Trwanie całego stanu chorobowego może wahać się między 3-ma a 7-ma dniami; czasami po kilku dniach ostrego stanu wszystko wraca do porządku.

Objawów swoistych zatrucie chloroformem nie przedstawia, i rozpoznanie trzeba opierać na całokształcie zjawisk chorobowych. Należy opisany tu stan odróżniać od zakażenia krwi, od zapalenia opon mózgowych, od zatrucia środkami antyseptycznymi. Pomagają w rozpoznawaniu: wydechanie chloroformu

lub acetonu, brak objawów otrzewnowych lub objawów zakażenia.

Rokowanie jest zawsze poważne; trudno jest określić naprzód, jaki będzie dalszy przebieg żółtaczki.

Autor sądzi, że wzmaganie się objawów aż do 5-go dnia jest złą przepowiednią. Co się tyczy acetonemii u dzieci, to wczesne wydzielanie tej trucizny w moczu może być uważane za objaw pomyślny.

Leczenie musi być zastosowane do objawów: można używać środków podniecających czynność serca, środków moczopędnych, można wstrzykiwać rozczyn fizyologiczny soli lub robić wziewania tlenu. Znieczulanie metodą Roth-Dragera nie usuwa niebezpieczeństwa zatrucia.

Autor zwraca uwagę na niebezpieczeństwo narkozy, powtarzanej w krótkich przerwach, lub dokonywanej u osobników, dotkniętych chorobą wątroby i nerek.

W końcu autor przytacza 12 spostrzeżeń szczegółowo opisanych, oraz wyprowadza wnioski.

(These, Lyon. 1908).

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Hirschel. *Zastosowanie znieczulenia miejscowego do większych operacyi na piersi i klatce piersiowej.*

Znieczulenie miejscowe znajduje coraz to szersze zastosowanie i pacyenci zaczynają nawet sami go żądać. Obecnie H. poleca je do operacyi raka sutka i wycięć żeber. W raku są pewne zastrzeżenia. Mianowicie osoba nie powinna być zbyt tęgą i sprawa chorobowa zadaleko posunięta. Natomiast zwykłą operacyę t. j. usunięcie sutka, wypaproszenie pachy, wzgl. odjęcie mięśni piersiowych można doskonale wykonać w tem znieczuleniu. Używa do niego H. $^1/_2$—$1^0/_0$ nowokainy z dodatkiem 4—5 kropli adrenaliny na każde 50 cm. płynu.

Znieczulenie zaczyna się wykonywać od pachy, schodząc w dół naokoło sutka, przyczem wstrzykuje się pomiędzy górny i dolny brzeg żeber, by znieczulić nerwy międzyżebrowe. Potem wstrzykuje się jeszcze pod gruczoł i mięśnie (około 30—50 cm.). Samo wykonanie znieczulenia trwa 10—15 minut.

Podobnie postępuje się w rozległych wycięciach żeber.

Chorzy absolutnie żadnego bólu nie odczuwali (3 przypadki raka sutka, 2 wycięcia żeber).

(Münch. med. Woch. № 10. 1911).

A. KLĘSK.

Iselin. *Badania nad skutkami operacyjnego usuwania ciał nabłonkowych u młodych zwierząt i o sprawności ciałek w wybuchłej tężyczce.*

Iselin chciał przekonać się, czy tężyczka jest jedynym skutkiem utraty ciałek nabłonkowych, czy też istnieją i inne, np. zmiany we wzroście kości i t. p. Do doświadczeń nadają się jedynie szczury, ponieważ mają tylko dwa zewnętrzne łatwo dostępne ciałka. Szczury znoszą wyjęcie ciałek bardzo źle i reagują zaraz tężyczką, zwłaszcza występuje ona silnie u dzieci matek, pozbawionych w ciąży ciałek. Potomstwo takich szczurów ginęło w końcu.

Zwierzęta, które przeniosły zabieg, żyły najwyżej rok i ginęły w charłactwie, nie osiągając ani połowy wagi zwierząt prawidłowych. Szkielet był także mniejszy, szpik kostny był zmieniony, a zmiany w nasadach kości przypominały żywo krzywicę. Widać z tego, że tężyczka nie jest jedynem następstwem usuwania ciałek,

Co do wyniku przeszczepiania ciałek po utracie tychże, to Iselin zapatruje się na nie bardzo sceptycznie i twierdzi, że w przypadkach, zakończonych pomyślnie, pomogło nie przeszczepianie (co najwyżej działać ono może chwilowo, podobnie jak i preparaty apteczne) lecz ustrój dał sobie sam radę przez przystosowanie się do nowych warunków.

Jeżeli zaś utrata ciałek jest zupełna, to ustrój zastąpić jej nie może, i wtedy nie pomoże także żadne przeszczepianie.

(II zebranie szwajcarsk. Tow. neurolog. XI. 1910).

A. KLĘSK.

Hirschel. *Znaczenie kliniczne raka piersi Pageta.*

Swego czasu zwrócił Paget uwagę, że nieraz w następstwie uporczywych wyprysków sutka i brodawki tworzą się typowe raki. Zdanie to utrzymywało się długo, aż dopiero w ostatnich czasach badania innych i autora udowodniły, że rzecz ma się tu odwrotnie i wyprysk nie jest tu wcale chorobą pierwotną, lecz następową, a mianowicie jest wyrazem wydostawania się rozlanego raka w skórę ku powierzchni.

Ilustruje autor to dwoma przypadkami wyprysków rakowych, zbadanych dokładnie mikroskopowo.

Naturalnie, nie znaczy to, by nie istniały i pierwotne samoistne wypryski, ale zawsze radzi autor w przypadkach uporczywych, a opierających się wszelkiemu leczeniu wyprysków sutki i brodawki, myśleć o możliwości raka, i zabrać kawałek do zbadania mikroskopowego.

Cierpienie zwykle postępuje wolno—choć tworzy przerzuty. H. proponuje nadać mu nazwę: rakowy wyprysk piersi.

(Münch. mediz. Woch. № 50. 1910).

A. KLĘSK.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

Schlimpert i **Schneider**. *Znieczulenie krzyżowe w ginekologii i położnictwie.*

Znieczulenie nadoponowe krzyżowe znajduje obecnie coraz to szersze zastosowanie. Zwłaszcza skutki są lepsze po zastosowaniu do znieczuleń rozczynów środka znieczulającego ze sodą.

Lawen podaje dwa rozczyny:

I.	Natr. bicarb.	0,5
	Natr. chlorat.	0,3
	Aq. dest.	100,0

Do 30 grm. tegoż rozczynu dodaje się tuż przed użyciem 0,6 nowokainy (2%/₀ rozczyn).

II.	Natr. bicarb.	0,25
	Natr. chlorat.	0,5
	Aq. dest.	100.0

Do 50 grm. tegoż rozczynu dodaje się 0,5 nowokainy (1% rozczyn).

Ewentualnie 5 kropli suprareniny. Znieczulenie nadoponowe wymaga odpowiedniej techniki i dlatego z początku, zwłaszcza u osób tęgich, często zawodzi.

Po zastosowaniu 2% rozczynu w pozycyi siedzącej, zwykle występuje zupełne znieczulenie w 20 minut, natomiast po 1% rozczynie i pozycyi z miednicą do góry, znacznie prędzej. Trwanie znieczulenia 60—70 minut po rozczynach zgęszczonych i dłużej i sięga czasem aż do 2 żebra.

Najpierw ulega znieczuleniu okolica krocza, potem—wzgórka łonowego, a wreszcie poniżej. Ustępuje znieczulenie w porządku przeciwnym. Powikłań potem nie ma, w przeciwieństwie do znieczulenia rdzeniowego, żadnych, wśród znieczulenia zaś występuje przyśpieszenie tętna, lekki zawrót, wzgl. nudności.

Co do działania, to w położnictwie nadaje się to znieczulenie do operacyi, wykonywanych w zakresie splotu krzyżowego (kleszcze, szew krocza). Na bóle działa to znieczulenie wprawdzie kojąco, ale ponieważ trwa niedługo, więc potem rodzące odczuwają bóle znacznie więcej. Drugi raz potrzeba już zwykle dawki znacznie większej. Względnie można kombinować to znieczulenie z zamroczeniem, tak aby zamroczenie było niejako dalszym ciągiem znieczulenia.

Co do operacyi ginekologicznych, to znieczulenie to oddało autorom wartościowe usługi w operacyach na częściach płciowych, kiszce stolcowej, rekto- i cystoskopiach i t. p.

W położnictwie wadą tego znieczulenia jest to, że rodzące po znieczuleniu przestają zępełnie przeć, trzeba je dopiero do parcia usilnie nakłaniać. Po znieczuleniu pozostaje zwykle czas pewien ból w miejscu wstrzyknięcia, zwłaszcza jeżeli wstrzyknięcie natrafiało na trudności.

Znieczuleń dokonali autorzy 155, z tego w 34 zawody, być może dlatego, że nie obznajmiono się jeszcze dobrze z techniką. U osób tęgich znieczulenie to jest bardzo trudno wykonalne (na 11 tęgich w 6 zawód).

(Münch. med. Woch. № 49. 1910).

A. KLĘSK.

Chevrier. *Obnażenie więzadeł obłych. Umocowanie ich śródścienne i wewnątrzbliznowe w leczeniu tyłopochylenia macicy.*

Jednym z licznych sposobów leczenia tyłopochylenia macicy jest umocowanie więzadeł obłych w ścianie brzucha. Najlepsze wyniki daje zastosowanie sposobu Dolerisa, polegającego na cięciu brzusznem w smudze, na wyszukaniu więzadeł i umocowaniu ich w otworze, zrobionym w mięśniach i w powięzi na małej odległości od linii środkowej; jednocześnie pętle więzadeł wszywają się w bliznę skóry, co przytwierdza je jeszcze silniej. W ten sposób powstaje nowy kanał pachwinowy i więzadła i nadal podtrzymują macicę z przodu i z boku. Zdrowa otrzewna, pokrywająca więzadła, nie jest w stanie dać zrosty dostatecznie trwałe i mocne, w tym celu należałoby z więzadeł zupełnie otrzewnę usunąć. W tym celu możnaby stosować następujący zabieg. Po przecięciu brzucha w smudze, odszukuje się więzadło oble, chwyta się je w szczypczyki z ząbkami i naciąga. Następnie rozcina się nad niem otrzewną w kierunku pionowym i podprowadza się pod pętle więzadeł nitkę podtrzymującą. Brzegi rany otrzewnej zostają zaraz połączone szwem. W dalszym ciągu rozcina się w kierunku ku spojeniu łonowemu powięź mięśnia i przez ten otwór przeciąga się pętlę więzadła. Potem zaszywa się jamę brzuszną, przytem szew, łączący powięź i mięśnie, sięga tylko do pętli więzadeł, w tem miejscu powięź jest zeszywana szwem oddzielnym, przechodzącym pomiędzy pętlami, które w ten sposób zostają włączone też w szew powięzi. Jeszcze jedna nitka umocowuje je z boku w otworze ściany brzusznej.

(Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Mai, 1910).

F. POŻARYSKA.

Troell. *W sprawie leczenia mięśniaków macicy.*

Autor na podstawie 205 cięć brzucha, dokonanych z powodu mięsniaków macicy, stara się wywnioskować, która z metod operacyjnych jest najlepsza. Nadpochwowego odjęcia macicy dokonano 130 razy, całkowitego wycięcia 51 r., wyłuszczenia 16 r., i odcięcia mięśniaka na szypule w 8 przypadkach.

Zmarło wskutek operacyi 6 chorych, co wynosi 2,9%. Z tej liczby 3 chore zginęły po nadpochwowem odcięciu i takaż sama liczba po całkowitem wycięciu, czyli, że odcięcie nadpochwowe dało 2,3%, a całkowite wycięcie 5,8% śmiertelności pooperacyjnej.

Przyczyny śmierci w pierwszych trzech przypadkach były następujące: 1) posokowate zapalenie opłucnej i wsierdzia, 5) posocznica i ropnica, 3) zapalenie płuc.

Z trzech ostatnich chorych, po całkowitem wycięciu, dwie zmarły wskutek zatoru tętnicy płucnej i jedna wskutek nacieczenia moczowego, powstałego po uszkodzeniu pęcherza podczas operacyi.

Z wszystkich operowanych 69,7% wyzdrowiały zupełnie i w ciągu długiego czasu nie miały żadnych dolegliwości, ani też badanie nie wykryło żadnych zmian chorobowych. Z chorych po odcięciu nadpochwowem 17 uskarżało się na różne dolegliwości bez żadnych zmian przedmiotowych i tylko u 8 badanie wykazało pewne zboczenia. Po całkowitem wycięciu u 3 zauważono zmiany chorobowe, a pozostałe 7 miały dolegliwości wyłącznie podmiotowe.

Zestawiając wyniki różnych sposobów operacyjnych, autor dochodzi do wniosku, że w mięśniakach niepowikłanych odjęcie nadpochwowe jest najlepszą operacyą. Co do trwałości wyzdrowień nie ustępuje ona wcale wycięciu całkowitemu, a pod innymi względami stoi o wiele wyżej. Najważniejszą zaletą sposobu nadpochwowego w porównaniu z doszczętnym jest o wiele łatwiejsza technika i, co za tem idzie, mniejsze niebezpieczeństwo zabiegu.

Śmiertelność po wycięciu całkowitem jest przeszło 2 razy większa, niż po odcięciu. Należy wymienić również możność słabego miesiączkowania w tych przypadkach, kiedy kikut szyi pozostał stosunkowo duży; następnie po odjęciu nadpochwowem pochwa nie staje się suchą, co ma zwykle miejsce po wycięciu całkowitem i na co chore same zwracają uwagę; po odcięciu nadpochwowem stosunek wzajemny trzew miednicy pozostaje niezmieniony; a to dzięki temu, że kikut szyi, podtrzymywany przez więzy krzyżowomaciczne, gra w dalszym ciągu rolę ośrodka miednicy, co jest bardziej pożądane, niż przekazywanie tejże roli słabej i wrażliwej, zwłaszcza przy spółkowaniu, bliźnie pochwowej.

Wycięcie doszczętne ma wyższość tylko w przypadku powikłania mięśniaka nowotworem złośliwym szyi lub trzonu. Na 205 przypadków powikłanie to miało miejsce 9 razy, przyczem u 4 chorych była ona niespodzianką podczas operacyi i dlatego początkowo dokonano tylko odjęcia nadpochwowego.

Wykonywanie wycięcia doszczętnego w każdym przypadku mięśniaka tylko dlatego, że możliwe jest powikłanie nowotworem złośliwym, nie ma podstaw dostatecznych; narażać zaś życie chorej w każdym przypadku bez dostatecznych ku temu danych nie mamy prawa.

Co się tyczy wyłuszczenia i wycięcia osobnych włókniaków, to najsłabszą stroną tych sposobów są dość częste nawroty mięśniaków, które w końcu zmuszają pacyentki do poddania się jednej z operacyi doszczętnych. Biorąc pod uwagę, że niebezpieczeństwo bezpośrednie zabiegów zachowawczych nie jest wcale mniejsze od odcięcia nadpochwowego, autor ucieka się do usuwania pojedyńczych guzów tylko wtedy, kiedy ma do czynienia z kobietą młodą, pragnącą mieć potomstwo.

W sprawie zaburzeń po usunięciu jajników autor jest zdania, że nie są one zjawiskiem stałem i długotrwałem. Z chorych, którym pozostawiono jeden lub oba jajniki, 88,3% nie miały żadnych dolegliwości, 5,9% zdradzały pewne objawy, które jednak wkrótce ustąpiły zupełnie; 2,9% miały dolegliwości w ciągu roku i 2,9% w ciągu 2 lat.

Pacyentki kastrowane doszczętnie cierpiały więcej, ale 67,6% nie uskarżało się na nic, a z pozostałych 2,9% miały dolegliwości w ciągu 2 lat, 20,6% w ciągu roku, a 8,9% przez 6 miesięcy. Po upływie 2 lat wszystkie operowane czuły się zupełnie dobrze.

Autor radzi u chorych młodych oszczędzać jajniki, te zaś, które się zbliżają do przekwitania, należy kastrować doszczętnie.

Na zakończenie autor poświęca słów kilka leczeniu zachowawczemu pacyentek, które nie chciały, lub nie mogły poddać się operacyi.

Wynik tego leczenia, polegającego na podawaniu Hydrastis, skrobaniu, rentgenizacyi i t. p., przedstawia się jak następuje:

1) podmiotowo: poprawa w 55,1% przyp.

2) przedmiotowo: a) zmniejszanie się guza w 35,1% przyp.; b) stan bez zmiany w 31,6%; c) powiększanie się guza w 33,3%.

Łyżeczkowanie macicy w mięśniakach jest wskazane wyłącznie w celach rozpoznawczych u chorych, u których podejrzewamy nowotwór złośliwy, oraz w tych przypadkach, kiedy guzy są bardzo małe, a chora cierpi głównie z powodu krwawień. We wszystkich innych przypadkach skrobanie jest bez-

celowe. Promienie X autor stosował ze skutkiem pomyślnym w jednym zaledwie przypadku i wobec tego nie może wypowiedzieć się stanowczo o wartości tego sposobu.

(Monatschr. f. Geb. u. Gyn. r. 1910. № 3).

BRABANDER.

M. Fränkel. *Wole i mięśniak.*

O istnieniu pewnego związku czynności gruczołu tarczowego z czynnościami narządów płciowych świadczy często spostrzegane obrzmiewanie gruczołu tarczowego podczas miesiączki z objawami duszności oraz bólów w okolicy szyi.

Zastosowanie w leczeniu chorób kobiecych promieni Röntgena dało możność stwierdzić doświadczalnie wpływ gruczołu tarczowego na jajniki, pośrednio—na macicę, oraz odwrotnie.

Opisano parę przypadków poronień, spowodowanych naświetlaniem gruczolu tarczowego u kobiet ciężarnych.

W trzech przypadkach wola, leczonego przez autora promieniami Röntgena, peryody stale opóźniały się i stały się mniej obfitymi.

Autor opisuje dwa przypadki mięśniaków macicy z jednoczesnem powiększeniem gruczołu tarczowego. Ponieważ w obu przypadkach najbardziej uciążliwymi były miejscowe objawy mięsaków, przystąpiono przedewszystkiem do leczenia tychże promieniami Röntgena. Jednocześnie ze zmniejszeniem się objętości mięśniakow oraz ustąpieniem krwotoków, prawie równolegle zmniejszało się obrzmienie gruczołu tarczowego, nie leczonego miejscowo i ustąpiły objawy sercowe związane z wolem.

Zanik mięśniaków pod wpływem promieni został wywołany, zdaniem autora, niedostatecznem odżywianiem, spowodowanem zmniejszonym dopływem krwi na skutek oddziaływania promieni Röntgena na jajniki. Prześwietlanie wywołuje z początku podrażnienie, które może powiększyć krwawienie miesięczne, to też autor radzi jaknajszybciej, za pomocą użycia większej ilości promieni, przejść do następnego okresu — zaniku, i w ten sposób otrzymać pożądane wyniki już w pierwszej miesiączce po zastosowauiu promieni.

(Gynaekologische Rundschau. 1910. H. 22).

M. KASPEROWICZOWA.

F. Trendelenburg. *Wysokie ułożenie miednicy a zatory płucne.*

Wiadomo, że Zweifel w wysokiem ułożeniu miednicy, stosowanem powszechnie podczas operacyi brzusznych, dopatruje się przyczyny zatorów płucnych. Ułożenie ciała na pochyłości według metody Trendelenburga ma działać szkodliwie albo

w sposób mechaniczny, mianowicie wtedy, gdy chory całym ciężarem ciała wisi na zgiętych w kolanach kończynach dolnych, przez co ma powstawać ucisk żył udowych, albo też w sposób zakaźny przez sprzyjanie przedostawaniu się zarodników zakaźnych z pochwy lub z kanału szyi macicy do żył miednicy, w skutek czego mają powstawać zakrzepy septyczne.

Przedewszystkiem zaznacza autor, że od samego początku wprowadzenia do operacyi brzusznych wysokiego ułożenia miednicy, stale zalecał stół operacyjny, zaopatrzony w podpórkę, o którą chory, leżąc na pochyłości głową na dół, mógł całym ciężarem ciała opierać barki swoje, a więc nie wisiał zupełnie na zgiętych w kolanach kończynach.

Następnie wykazuje, że statystyka Zweifla, mająca dowieść pierwszej jego teoryi, jest zupełnie błędnie objaśniona. W żadnym bowiem przypadku zatoru płuc nie znaleziono na zwłokach zakrzepu żył udowych, zawsze zaś znajdowano zakrzep żył miednicy. Tak samo w materyale klinicznym Zweifla nie można odnaleźć dowodów i drugiej jego teoryi o przedostawaniu się drobnoustrojów z pochwy lub szyi macicy do żył podczas operacyi z wysokiem ułożeniem miednicy. Możliwe by to było tylko wtedy, gdyby pochwa lub kanał szyi macicznej zostały podczas operacyi otworzone i znalazły się w komunikacyi z żyłami miednicy, ale tego w przypadkach Zweifla, jako operacyach brzusznych, nie było.

Oprócz czynnika mechanicznego i septycznego, istnieje szereg innych czynników, powodujących zakrzepy w razie wysokiego ułożenia miednicy podczas operacyi. Są to czynniki, wywołujące ogólne i miejscowe zwolnienie krwiobiegu, jak: 1) osłabienie mięśnia serca wskutek zwyrodnienia tegoż, wskutek chorób przewlekłych, wskutek ostrych chorób zakaźnych, albo wskutek obfitych i często się powtarzających krwotoków; 2) zastój w żyłach wskutek ucisku, wywieranego przez guzy lub macicę ciężarną; 3) zwolnienie prądu krwi w żyłach żylakowato rozszerzonych. Z tych powodów wytwarzające się zakrzepy mogą powstawać i bez operacyi, bez uprzedniego zakażenia septycznego, ba — nawet i bez ułożenia wysokiego miednicy. Tych czynników nie brakło i w przypadkach Zweifla.

Autor nie miał w klinice ani jednego przypadku śmierci wskutek zatoru płucnego po operacyach, wykonanych w ułożeniu wysokiem miednicy, tem niemniej przyznaje, że ułożenie takie może w pewnych warunkach podziałać szkodliwie. Znane są porażenia nerwu strzałkowego i splotu ramiennego, przypadki niedrożności kiszek po wysokiem ułożeniu miednicy. Kraske spostrzegał dwukrotnie u chorych, dotkniętych zmianami zwyrodnienia mięśnia sercowego, po operacyach, wykonanych w wysokiem ułożeniu miednicy, ciężkie zaburzenia sercowe,

które doprowadziły po 2-u, wzgl. 5-iu dniach do zejścia śmiertelnego. Śmierć tę objaśnia Kreske ostrem rozszerzeniem serca wskutek nadmiernie wysokiego ciśnienia słupa krwi w żyle głównej dolnej na serce. Jayle zauważył również w tem położeniu ciała przepełnienie krwią prawej komory serca i przeciążenie całego serca; stany te u chorych z wadą serca, miażdżycą i wobec wielkiej otyłości mogą doprowadzić do długotrwałego osłabienia serca, a nawet do śmierci.

Trendelenburg postanowił sprawdzić doświadczalnie poglądy Kraskego i Jayla, i w tym celu dokonał z klatki piersiowej młodego, zdrowego chłopca zdjęć rentgenowskich przed i po wysokiem ułożeniu miednicy jego przez $^3/_4$ godziny pod kątem 45^0. Przekonał się wtedy, że cień serca rozszerzył się m. w. na $^1/_2$ cent., przytem serce wykonało obrót nieznaczny, tak że wierzchołek jego w stosunku do początku doświadczenia stał w końcu doświadczenia wyżej. Przepona stała też wyżej. To samo doświadczenie wykonano na 45-letnim pijaku, mającym niepomiernie wielkie serce i liche tętno. Już po 25-ciu minutach różnica w szerokości cienia serca wynosiła $1^1/_2$—2 cent. i przepona podniosła się jeszcze wyżej. Prócz tego przekonał się T., że żyły głowy i szyi napełniają się nadmiernie i naprężają, a otaczające je części miękkie — obumierają i to tem znaczniej, im wyżej jest uniesiona miednica; najsilniej — po pionowem powieszeniu ciała za nogi. Po długotrwałem pochyłem ułożeniu ciała obwód szyi powiększa się o 3 ctm.

Tak jak żyły zewnętrzne, tak samo i żyły wewnętrzne czaszki napełniają się krwią znacznie, opona miękka i mózg obrzmiewają, co może niekiedy u osób, dotkniętych miażdżycą, doprowadzić do wynaczynień. U osób z sercem osłabionem przepełnienie krwią serca może wywołać rozszerzenie, porażenie serca i śmierć nagłą, a jeśli nie śmierć, to w każdym razie tak mocne osłabienie serca i zwolnienie krwiobiegu, że stają się możliwe zakrzepy w naczyniach.

Wszystko to doprowadziło Trendelenburga do zalecania następujących ostrożności w stosowaniu wysokiego ułożenia miednicy podczas operacyi: wysokie ułożenie miednicy nie powinno przekraczać 45^0 i nie może być stosowane bez przerwy dłużej nad 5—10 minut; u osób zaś otyłych powinno być zupełnie zaniechane. Stół operacyjny powinien być zaopatrzony w oparcie dla barków tak, aby ciało, ułożone na pochyłości jego, nie zwisało całym swym ciężarem na zgiętych w kolanach nogach.

(*Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe n Gynakologie. Rok III-ci zeszyt I-szy*).

M. ZWEJGBAUM.

Sauerbruch i Heyde. *Badania nad przyczynami występowania porodu.*

Jak wiadomo, jedna ze sióstr syamskich Blatschek zaszła w ciążę, a następnie odbyła poród. W ciąży zjawiły się i u drugiej pewne objawy, jak zmiany barwikowe, powiększenie się piersi i t. p. Opierając się na tem, postanowili autorowie rzecz tę rozjaśnić dalej doświadczalnie na zwierzętach. Mianowicie, łączyli ze sobą szczury (parabioza) ciężarne z jałowymi, i ciężarne z ciężarnymi w różnych okresach ciąży. W razie połączenia zwierzęcia jałowego z ciężarnem tuż przed porodem występowały poważne objawy u jałowego, a nawet czasem śmierć. Gdy to połączenie następowało na dłuższy czas, niż 14 dni, zwierzęta niejako uodporniały się i poród u drugiego nie wywoływał już objawów groźnych u jałowego. Po łączeniu zwierząt ciężarnych spostrzegano, że w razie połączenia jednego pod koniec ciąży z drugiem w początkach tejże nieraz poród powodował poronienie u drugiego.

Z faktów tych dochodzą autorowie do przekonania, że pod koniec ciąży tworzą się w organizmie—ciała, bardzo trujące dla innych, nie ciężarnych osobników, które, zdaje się, w końcu wywołują poród.

Bardzo możebne, że nagromadzenie się zbytnie tych ciał wywołać może rzucawkę porodową.

Nie jest wykłuczone, że ciała te są analogiczne z hormonami Starlinga.

(*Münch. med. Wochenschr.* № *50 1910*).

A. KLĘSK.

Mouchotte. *Czy należy stosować cięcie cesarskie w krwotoku, spowodowanym przez łożysko przodujące.*

Autor rozpatruje krytycznie wyniki, jakie daje sposób, stosowany w łożysku przodującem przez Pinarda. Polega on na gorących przestrzykiwaniach pochwy i na szerokiem rozdarciu błon płodowych z chwilą, kiedy tętno przekracza 100. Krwotoki, spowodowane przez łożysko przodujące, były spostrzegane w klinice Baudeloque'a w 0,48% wszystkich porodów. Odsetka śmiertelności matek wynosiła 2,18%, a dzieci 44,8%. W przypadkach śmiertelnych śmierć następowała nie wskutek nieodpowiedniego zabiegu, lecz powodowały ją już to zakażenie przed przyjściem do kliniki, beznadziejny stan położnicy w chwili wstąpienia, albo przyczyny śmierci były zupełnie niezależne od zabiegu akuszeryjnego, lub też chodziło o nieprawidłowe zastosowanie tego sposobu.

Co się tyczy zmarłych dzieci, to wśród 82 przypadków zejścia 46 razy autor miał do czynienia z płodami martwymi, lub też niezdolnymi do życia pozapłodowego. I z pozostałych

36 11 płodów było zagrożonych śmiercią w chwili wstąpienia do kliniki już to wskutek zepsucia wód płodowych, lub też wskutek niedonoszenia.

Jedynem wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego w łożysku przodującem może być obecność jednoczesnego zwężenia miednicy i wtedy nawet zachodzą poważne trudności w określeniu czasu przystąpienia do zabiegu operacyjnego.

(Annales de gynécologie et d'obstetrique Mai 1910).

F. P.

Heimann. *Wpływ wczesnego wstawania po porodzie na powstawanie tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy.*

Küstner na zasadzie 30-letniego doświadczenia doszedł do wniosku, że poporodowe tyłopochylenie i tyłozgięcie macicy nie jest następstwem zbyt wczesnego wstawania po rozwiązaniu.

Najmniejszą liczbę przypadków tyłopochylenia — 0,6% — spostrzegano u położnic, które wstawały 2—4 dnia po porodzie; największą — 2,6% — u tych, które leżały najdłużej, t. j. 9 dni od chwili rozwiązania. Położnice, wstające 4—5 dnia, wykazują 1,6% tyłopochylenia.

Statystyka powyższa poucza, że wczesne wstawanie po porodach prawidłowych nietylko nie wywołuje tyłopochylenia, lecz wprost przeciwnie, dzięki szybszemu zwijaniu się macicy zapobiega powstawaniu tej nieprawidłowości położenia.

Pod wpływem wczesnego wstawania zdarzają się o wiele rzadziej również inne powikłania okresu poporodowego, jak zakrzepy i zatory, oraz wahania ciepłoty, zależne od zatrzymywania się wydzielin.

Podczas gdy Krönig doradza wstawać 2—4 dnia położnicom gorączkującym, Küstner zezwala na to wyłącznie kobietom zdrowym, nie dotkniętym żadną chorobą ogólną, które urodziły najzupełniej prawidłowo bez znacznej utraty krwi i bez najmniejszych wahań ciepłoty.

Po porodach ciężkich i długotrwałych, połączonych z silnem rozciągnięciem więzów macicy i wogóle po porodach z najmniejszemi choćby powikłaniami wczesne wstawanie jest w klinice Küstnera wzbronione.

Stosowane przez niektórych akuszerów wstawanie w 8 godzin po rozwiązaniu Küstner potępia bezwarunkowo. Każda najzdrowsza położnica musi obowiązkowo przeleżeć w łóżku conajmniej 36 godzin po porodzie. Najlepiej jest, jeżeli położnica 4-go dnia siada w łóżku, a 5-go dnia wstaje, nie zaprzestając jeszcze przez pewien czas obmywania części rodnych zewnętrznych.

Autor ostrzega, aby wczesnego wstawania nie utożsamiać

z wczesnem zabieraniem się do pracy, które jest bezwarunkowo szkodliwe pod każdym względem.

Fehling, wychodząc z założenia, że każda kobieta, wstając z łóżka, zaraz znajduje jakąś robotę, jest zasadniczo przeciwnikiem wczesnego wstawania i trzyma swe położnice w łóżku od 3 do 4 tygodni. Tegoż samego zdania jest Hofmaier i Ahlfeld, który nie pozwala wstawać przed upływem 14 dni po rozwiązaniu. Z tego wynika, że wczesne wstawanie może być stosowane bez obawy tylko w szpitalach i wzorowych zakładach, a w praktyce prywatnej tylko w tych przypadkach, kiedy położnica znajduje się pod stałą kontrolą lekarza.

(*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* № *2 1910*).

BRABANDER.

Sauvage. *Sztuczne przedporodowe rozszerzenie pochwy w położeniu pośladkowem.*

Według autora, sztuczne rozszerzanie części miękkich wobec położenia pośladkowego jest pożądane głównie u pierwiastek i w przypadkach dużej objętości dziecka. Wprowadzenie balonu Champetier de Ribesa do pochwy przyspiesza tu przebieg porodu, powodując szybkie powiększanie się otwarcia ujścia zewnętrznego i skracając okres wydalania płodu. Pozatem po stosowaniu tego sposobu poród w położeniu pośladkowem odbywa się częściej samoistnie, a i zabiegi operacyjne są znacznie ułatwione przez poprzednie rozszerzenie części miękkich. Zmniejszenie się śmiertelności dzieci do $^1/_4$ podczas i po porodzie z przodującymi pośladkami byłoby więc skutkiem zaoszczędzenia urazu, spowodowanego przez opór części miękkich kanału porodowego. Na podstawie tych spostrzeżeń Pinard i autor dowodzą, że rozszerzenie sztuczne powinno być stosowane we wszystkich przypadkach położenia pośladkowego u pierwiastek, a także u wieloródek, jeżeli płód jest bardzo duży.

Sposób ten nadaje się też, jeżeli częścią przodującą jest bark, a obrót jest niemożliwy. W dzisiejszym stanie wiedzy najlepsze wyniki osiągnąć można, stosując balon Champetier de Ribesa, wkładając go do pochwy i trzymając tam aż do uzyskania otwarcia wielkości 5 franków, lub dłoni i aż do samoistnego wydalenia balonu.

(Annales de gynecologie et d'obstetrique Mai 1910).

F. P.

Ahlfeld *Drobnoustroje rąk, samozakażenie; rękawiczki gumowe, jako środek zapobiegawczy.*

Rodzące, wcale nie badane, zapadają niekiedy na gorączkę połogową. O wiele częściej zdarza się to u położnic badanych i operowanych. Podług obliczeń Króniga, odsetka zasłabnięć

gorączkowych u chorych, nie dotykanych wcale, wynosi 3,8%, a u położnic badanych i operowanych 7,8%, czyli przeszło 2 razy więcej. Przypuszczając, że zakażenie w przypadkach ostatniej kategoryi wprowadza wprawdzie umyta, ale niedostatecznie jałowa ręka, akuszerowie pokryli badającą rękę rękawiczkami gumowemi aseptycznemi. Mimo to liczba przypadków gorączki połogowej pozostała nadal na wysokości poprzedniej. Ahlfeld, usuwając łożysko niepokrytą, sumiennie umytą ręką u 133 rodzących, spostrzegał przebieg gorączkowy w 63% przypadków, gdy Hannes, wykonywając ten sam zabieg w rękawiczce wyjałowionej u 26 położnic, miał przypadków gorączkowych 81%. Dane owe Ahlfeld uważa za potwierdzenie swej dawnej teoryi, że zakażenie z zewnątrz u rodzących badanych gra rolę drugorzędną, gdyż inaczej rękoczyny, wykonywane w rękawiczkach wyjałowionych, dałyby wyniki o wiele lepsze, niż bez nich. Czynnikiem pierwszorzędnym gorączki połogewej jest, zdaniem autora, samozakażenie ustroju zarodnikami, znajdującymi się zawsze w pochwie rodzącej. Najlepszym tego dowodem są przypadki gorączki połogowej u chorych, nie dotykanych wcale. Uszkodzenia porodowe ułatwiają tu dostęp drobnoustrojom z powierzchni pochwy do naczyń chłonnych miednicy. Większa odsetka zasłabnięć gorączkowych u położnic badanych zależy od tego, że badający palec przesuwa zarodniki z pochwy do macicy, która wchłania drobnoustroje o wiele łatwiej, niż dolny odcinek dróg rodnych.

Fakty powyższe doprowadzają autora do wniosku, że stosowanie rękawiczek wyjałowionych do badania i zabiegów położniczych jest zbyteczne, a sumienne odkażanie rąk przy pomocy mydła, wyskoku i sublimatu wystarcza zupełnie.

(Monatschr. f. Geb. n. Gyn. № 12 1910).

BRABANDER.

Delestre. *O różnicy w ciepłocie kończyn dolnych podczas bolesnego obrzęku uda u położnic.*

Pewna różnica w ciepłocie kończyn dolnych, nie przekraczająca jednego stopnia, istnieje, według autora, także w stanie prawidłowym. Każde podwyższenie ciepłoty, przekraczające jeden stopień, szczególniej jeżeli trwa dłużej, niż jeden dzień, jest dowodem zjawisk chorobowych. Podczas obrzęku bolesnego ma miejsce podniesienie się ciepłoty kończyny chorej w stosunku do zdrowej, jak to wykazuje autor w swoich dziesięciu spostrzeżeniach. Odchylenie waha się pomiędzy jednym i czterema stopniami. Zmiany te trwają od 25 do 45 dni, mogą one też trwać i dłużej. Po upływie tego czasu krzywe ciepłoty obu kończyn zbliżają się, zlewają i krzyżują, chwilami tylko wykazując różnicę wyższą ponad jeden stopień, a czasem w znaczeniu odwrotnem.

W przypadkach wątpliwych, kiedy rozpoznanie obrzęku bolesnego nie jest pewne, ciepłota kończyn dolnych, oznaczona w pierwszych dniach, rozstrzygać może na korzyść bolesnego obrzęku, ale tylko wtedy, jeżeli wahania w różnicy ciepłoty obu kończyn przewyższają jeden stopień i trwają kilka dni z rzędu.

(Annales de gynecologie et d'obstétrique. Janvier 1910).

F. POŻARYSKA.

A. Mayer. *Surowica zdrowej kobiety ciężarnej, jako środek leczniczy w przypadkach zatrucia wewnętrznego u kobiet ciężarnych z objawami skórnymi.*

W miarę wzrastania płodu wytwarzają się w ustroju matki toksyny, które są zdolne wywołać objawy chorobowe, o ile nie zostaną zniweczone przez antytoksyny. M. powziął myśl leczenia objawów zatrucia wewnętrznego u kobiet ciężarnych surowicą kobiet ciężarnych zdrowych, czyli takich, które w swej surowicy posiadają dość antytoksyn, by módz zniweczyć szkodliwe działanie toksyn.

Pierwszy raz stosowano tę metodę u kobiety z liszajem ciężarnych. 24-letnia kobieta, w 7-m miesiącu ciąży, ma dużą gorączkę, jest osłabiona, ma wyprysk sączący na całem ciele. 2 miesiące przed czasem poród wczesny: noworodek słabowity umiera w 3 tygodnie po urodzeniu. W 2 tygodnie po porodzie liszaj znika.

W roku bieżącym pacyentka ma te same dolegliwości. Stwierdzono ciążę 6 — 7-io miesięczną z żyjącym płodem. Liszaj, odporny na wszelkie środki lecznicze, ciągle pogarsza się. Po miesiącu silna gorączka (39,5$^0/_0$), liszaj ropiejący na całem ciele, w moczu — 1—2$^0/_0$ białka i ziarniste wałeczki. Przerwanie ciąży wobec sprawy ropnej było niebezpieczne.

Autor wstrzyknał w żyłę 10 cm. surowicy kobiety nieciężarnej bez żadnego skutku. Po trzech dniach wstrzyknięto również w żyły 10 cm., a po następnych 3 dniach 20 cm. surowicy zdrowej kobiety, będącej w ostatnich miesiącach ciąży. Skutek był zdumiewający: następnego dnia spadek ciepłoty ciała, po następnych 3 dniach nadzwyczajna poprawa objawów skórnych. Po upływie miesiąca zupełne wyzdrowienie: białko w moczu znikło. W 5 tygodni potem lekkie objawy nawrotu; wstrzyknięcie 20 cm. surowicy zdrowej kobiety ciężarnej — wyzdrowienie. W swoim czasie urodziła zdrowe dziecko.

Autor uważa, że liszaj był wynikiem zatrucia wewnętrznego. Dotychczas jedynem wyjściem w podobnych przypadkach było tylko przerwanie ciąży.

W drugim przypadku 25-letnia pierwiastka, w 10-m mie-

siącu ciąży; od początku ciąży—wymioty; od 8-iu dni wysypka czerwona i swędząca na całem ciele, bezsenność.

Wstrzyknięcie w żyłę 20 cm. surowicy zdrowej kobiety ciężarnej: w 3 godziny potem znaczne zmniejszenie się swędzenia, sen dobry. Po upływie 2 dni powtórne wstrzyknięcie surowicy: prawie zupełna poprawa, prócz małego swędzenia na końcu lewego wskazującego palca, po 3 dniach ani śladu pokrzywki. Po kilku dniach przed porodem — nawrót swędzenia; po porodzie wszystko wraca do stanu prawidłowego.

W dwóch innych przypadkach swędzenia w ciąży sposób autora dał równie pomyślny i natychmiastowy wynik.

Autor wnioskuje: we wszystkich zatruciach okresu ciąży, jak choroby skóry, drgawki ciężarnych, białkomocz, pewne postacie wymiotów, tężec, a być może i zmięknienie kości, należy popróbować wstrzyknięcia surowicy zdrowej kobiety ciężarnej.

(Zentralblatt f. Gynäkol. 1911. № 9).

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Schenk. *O wzmożonej zdolności odczynowej zwierząt ciężarnych przeciw podskórnym wstrzykiwaniom tkanek.*

Z powodu innych badań wykazali swego czasu Dangern i Hirschfeld, że po wstrzyknięciu podskórnem wyciągu tkanki jądra występują u zwierząt mniej lub więcej silne odczyny. Zwłaszcza odczyn ten był bardzo silny u samic krolików ciężarnych. Schenk powtórzył te doświadczenia i przekonał się, że rzeczywiście króliki ciężarne reagują bardzo znacznie na takie wstrzykiwania i w miejscu wstrzyknięcia tworzą się duże, bolesne obrzmienia. Odczyn jest silniejszy, gdy użyje się tkanki z obcego gatunku, lub doda surowicy obcej.

Odczyn ten występuje i po wstrzyknięciu innych obcych tkanek np. wątroby i t. p. silniej u zwierząt ciężarnych.

Może być, że z czasem uda się nam w ten sposób wykazywać ciążę jak np. obecnie wykazujemy gruźlicę próbą Pirqueta lub Moro.

(Münch. med. Woch. № 17. 1910).

A. KLĘSK.

Landau. *Mięśniaki podczas ciąży, porodu i w okresie połogowym.*

Na zasadzie materyału własnego opracował L. monografię, do której dołącza atlas. Monografia składa się z pięciu rozdziałów.

W rozdziale I-ym L. rozpatruje wpływ mięśniaków macicy na płodność. Zdawałoby się, że mięśniaki powinny przeszkodzić zapłodnieniu: zależnie od umiejscowienia, szczególnie

podśluzowe, śródścienne oraz międzywięzadłowe mięśniaki wytwarzają nieprawidłowe położenie macicy, powodują zwężenie lub zamknięcie jamy macicy, głębokie zmiany w śluzówce, zmiany zapalne przydatków lub otrzewnej. W rzeczywistości mięśniaki rzadko są przyczyną niepłodności. Nawet wielkie statystyki autorów, dowodzące ujemnego wpływu mięśniaków na płodność, nie są miarodajne, gdyż nie uwzględniają innych przyczyn, warunkujących płodność, głównie zaś dlatego, że znaczna liczba kobiet z mięśniakami macicy do lekarzy nie zwraca się, zachodzi w ciążę i rodzi pomyślnie.

Tylko wtedy możnaby dowieść, że mięśniaki stanowią przyczynę niepłodności, gdyby jednocześnie z ich usunięciem udało się usunąć i niepłodność. W 3 przypadkach Wintera po wyłuszczeniu mięśniaka nastąpiła ciąża u niepłodnych przedtem kobiet; Martin podaje pięć przypadków. Autor spostrzegał tylko 2 przypadki: w jednym po 10-letniej niepłodności wyłuszczony został mięśniak i po roku nastąpiła ciąża, w drugim — po pięcioletniej niepłodności ciąża nastąpiła w 2 lata po operacyi. Przypadki takie należą do rzadkich i na zasadzie ich teoryi budować nie należy.

Wśród 250 kobiet, operowanych przez autora z powodu mięśniaków, 182 zachodziły uprzednio w ciążę, z nich 84 urodziły więcej niż 2 razy, 9 nawet 5 razy, 6 miały po sześcioro dzieci, 3 po siedmioro, 4 urodziły 8 razy, 1 — 10 razy i 1 nawet 14 razy.

W II-im rozdziale na zasadzie ogromnego materyału rozmaitych klinik L. stwierdza, że powikłanie ciąży mięśniakami spotyka się b. rzadko, a obecność takiego powikłania jest przeważnie zupełnie obojętna.

Wpływ ciąży na mięśniaki jest dość nieznaczny. Obok rozrostu mięśnia macicznego podczas ciąży, przerostowi ulegają niekiedy i mięśniaki, szczególnie śródścienne, jednakże nie w tym stopniu, co mięsień macicy. Mięśniak niekiedy zmienia swoje położenie w stosunku do mięśnia macicy i w miarę posuwania się ciąży niekiedy zupełnie ginie wśród rozrośniętego mięśnia macicznego tak, że obmacywaniem wykryć go niepodobna aż do okresu połogowego. Wtedy dopiero i w mięśniaku i w mięśniu macicy następuje rozpad tłuszczowy lub szklisty, wytwory rozpadu ulegają wessaniu, powstają zatory nowowytworzonych podczas ciąży naczyń włosowatych oraz zwężenie większych naczyń krwionośnych. Zmiany te mogą być tak znaczne, że w okresie połogowym następuje prawie zupełny zanik guzów. Pod wpływem przemieszczenia mięśniaków lub opisanych powyżej objawów rozwoju wstecznego następują niekiedy znaczne zmiany w otrzewnej: złuszczanie się śródbłonka, zrosty i t. d., które powodują niekiedy skręcenie nowotworu a nawet całej macicy naokoło osi.

O wiele poważniejszy jest wpływ mięśniaków na ciążę, poród i okres połogowy. Międzywięzadłowe i śródścienne mięśniaki mogą podczas ciąży powodować uwięźnięcie macicy w małej miednicy. Poronienie może nastąpić wskutek zmian w śluzówce macicy, lub też wskutek tego, że guzy wydłużają lub częściowo zamykają jamę macicy. Mięśniaki mogą przyczyniać się do powstawania ciąży zewnątrzmacicznej, o czem świadczą przypadek Schauty i 2 przypadki autora, oraz do poprzedzającego łożyska. Zmiana kształtu jamy macicy może powodować nieprawidłowe położenie płodu, wypadnięcie pępowiny lub części drobnych, trudne ustawianie się główki. Wypełniając całą jamę miednicy mięśniaki uniemożliwiają poród drogą naturalną, mogą stać się przyczyną słabych skurczów macicznych, atonicznego krwotoku po porodzie, przyrośnięcia łożyska.

Mięśniaki podśluzowe uledz mogą podczas porodu urazom, zakażeniu, gniciu, i powodować ciężkie zakażenie ogólne w okresie połogowym; po porodzie może mięśniak wciągnąć się do jamy macicy w postaci polipa i powodować wynicowanie macicy. W przypadkach mięśniaków podotrzewnowych mogą nastąpić po porodzie nawet śmiertelne krwawienia wewnątrzotrzewnowe wskutek pękania splotów żylnych w szypule guza.

W rozdziale III-im — autor szczegółowo rozpatruje różnorodne objawy, powodowane przez obecność mięśniaków. Szczególnie zwrócić należy uwagę na następujące objawy. Przesuwanie się mięśniaka wśród mięśnia macicznego podczas ciąży powoduje zgrubienie otrzewnej, zrosty wskutek złuszczania się śródbłonka, stąd powstają nadzwyczajne bóle. Dalej często początkowe zmiany anatomopatologiczne w mięśniaku mogą dawać podczas ciąży objawy zapalenia otrzewnej, który pozwala mylnie rozpoznawać zapalenie wyrostka robaczkowego, lub cierpienia innych narządów jamy brzucha, co zostaje stwierdzone podczas operacyi usunięcia mięśniaków, jedynie przynoszącego chorej natychmiastową ulgę. Jako stosunkowo częsty objaw mięśniaków podśluzowych podczas ciąży jest krwawienie, następnie — poronienie.

W IV-ym rozdziale — autor podaje objawy mięśniaków w ciąży, na które należy zwracać uwagę dla zrobienia należytego rozpoznania. Najczęściej można przeoczyć mięśniak, a dobrze rozpoznać ciążę, o wiele zaś rzadziej zdarza się nie rozpoznać ciąży, a stwierdzić mięśniak. W wielu razach tylko wielokrotne dokładne badanie i długotrwałe spostrzeganie kobiety pozwala należycie zoryentować się w przypadku.

Rozdział V-ty dzieli się na 2 części: w pierwszej autor zastanawia się, czy i jaki wpływ może wywierać istniejący mięśniak wobec konieczności wykonania zabiegu akuszeryjnego, w drugiej — jak należy zachować się wobec mięśniaka podczas

ciąży, porodu i w okresie połogowym. Autor radzi uciekać się do zabiegu operacyjnego jedynie wtedy, gdy to jest bezwzględnie konieczne. Poronienie, przedwczesny poród przebiegają zwykle podobnie, jak i w przypadkach niepowikłanych. W razie nieskończonego poronienia radzi posługiwać się palcem; o ile szyja maciczna jest niedostatecznie rozszerzona — wobec mięśniaków podśluzowych a nawet śródściennych doradza krwawe rozszerzenie, jednocześnie usunięcie i nowotworu; jeżeli mięśniak szyjny lub pozaszyjowy zamyka dostęp do wnętrza macicznego, wypada usunąć całą macicę przez pochwę lub za pomocą cięcia brzusznego; wobec istniejącej już gorączki należy wybierać drogę pochwową. Kleszcze powinny być nakładane tylko w razie słabych bólów, jako kleszcze wyjściowe; wysokie kleszcze mogą sprowadzić bardzo duże uszkodzenia. Obrót uważa za operacyę niebezpieczną; radzi zastąpić go przez wymóżdżenie martwego płodu, lub przez cięcie brzuszne, gdy płód żyje.

Mięśniak sam przez się nie stanowi wskazania do zabiegu chirurgicznego; postępować chirurgicznie wypada wtedy, kiedy mięśniak wywołuje objawy mocno niepożądane. Należy wybierać zabiegi, które najmniej wpływają ujemnie na dalszy przebieg ciąży, a więc wycinać należy tylko to, co stanowi niewątpliwą przeszkodę dla ciąży lub porodu. Jeżeli otworzy się wtedy jamę macicy lub podczas operacyi staje się widoczną niemożliwość utrzymania ciąży, należy wydobyć od góry zawartość macicy, od góry rozszerzyć ujście macicy celem dostarczenia odpływu wydzielinom porodowym, i zeszyć otwartą jamę macicy. Przez pochwę mogą być wydobyte tylko mięśniaki, pozostające w związku z szyją macicy.

W przypadku włókniaków trzonu wobec żywego płodu i zamkniętej szyi macicznej, L. radzi ze względu na dziecko najpierw wydobyć płód przez cięcie cesarskie, następnie zaś usunąć guz — wzgl. całą macicę od góry, albo przez pochwę, jeżeli tą drogą jest łatwiejszy dostęp. Jeżeli podczas porodu guz wypełnia jamę miednicy, i nie można go w żaden sposób odprowadzić, wtedy należy za pomocą cięcia cesarskiego wydobyć dziecko i następnie przystąpić do wyjęcia guza w sposób odpowiedni. Wobec zapalenia otrzewnej, pochodzącego bądź ze zmartwiałego mięśniaka, bądź z miąższu lub wnętrza macicy, należy jak najszybciej usunąć źródło zakażenia i możliwie dokładnie przesączkować jamę otrzewnej; wobec martwego płodu należy nie otwierać macicy, lecz przed wycięciem tejże zaszyć ujście wewnętrzne. Jeżeli po otwarciu jamy otrzewnej znajdujemy duże żyły napełnione zakrzepami, należy przewiązać je w celu usunięcia ich z ogólnego krwiobiegu. Czasami zakażenie jest umiejscowione na niedużej okolicy otrzewnej; zdarza się to, gdy mięśniak uległ zgorzeli, lub też gdy wytworzyły się

zakrzepy żylne w miejscu przyczepu łożyska; w pierwszym przypadku można zadowolić się usunięciem tylko zmartwiałego mięśniaka, w drugim zaś o postępowaniu zachowawczem nie może być mowy. Usunięcia macicy należy dokonać na drodze pochwowej, jeżeli płód jest martwy; wobec żywego płodu lub podejrzenia, że sprawa przeszła na całą otrzewną, lepiej na drodze cięcia brzucha. W okresie połogowym mięśniak sam przez się nie stanowi wskazania do jakiegokolwiek zabiegu. Usunięcie mięśniaków w okresie połogowym wskazane jest tylko w przypadkach zgorzeli mięśniaka, lub wklinowania się do miednicy, co przeszkadza usunięciu resztek łożyska i t. p.

Następnie autor podaje szczegółowe historye chorób, na których oparta jest praca i wysnute wnioski: 21 przypadków całkowitego lub nadpochwowego odcięcia ciężarnej macicy z powodu mięśniaków, 2 przypadki nadpochwowego usunięcia macicy w okresie połogowym z tego samego powodu, 11 przypadków usunięcia mięśniaków podczas ciąży z utrzymaniem macicy, przyczem tylko w jednym nastąpiło poronienie po operacyi, w 10-ciu zaś pozostałych ciąża przetrwała do końca bez przeszkody.

Monografię kończy tablica, przedstawiająca wyniki z ostatnich 283 przypadków cięcia brzusznego z powodu mięśniaków. Pomimo tego, że wśród nich były przypadki, powikłane przez ciążę, wadę serca, zapalenie nerek, cierpienie przydatków macicznych i t. d. 281—zakończyły się wyzrowieniem, dwie tylko chore umarły, co stanowi 0,7°/₀; z nich jedna z wadą serca wskutek udaru mózgowego w 18 godzin po operacyi.

H. RASZKES.



WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Na początku r. b. otworzyli d-rzy Z. Endelman, Goldberg, S. Janczewski i Slaski zakład leczniczy przy ul. Boduena № 5, przeznaczony dla chorych z cierpieniami kobiecemi oraz rodzących. Zakład mieści się na III i IV piętrze, na parterze zaś — jest ambulatoryum dla chorych przychodzących po poradę. Ogrzewanie zakładu — centralne, oświetlenie elektryczne; zakład posiada 2 windy elektryczne. Porody są odbywane w osobno urządzonej, wzorowej sali porodowej; do wykonywania zaś zabiegów operacyjnych ginekologicznych zakład jest zaopatrzony w dwie sale operacyjne, z których jedna, t. z. „aseptyczna", mieści się na IV piętrze i jest zaopatrzona w światło górne, druga zaś, która służy jednocześnie i za pokój opatrunkowy, jest na III piętrze. W urządzeniu pokoi dla chorych właściciele Zakładu wykazali dużą dbałość o komfort i wygodę chorych.

SPOSTRZEŻONE OMYŁKI.

W Zeszycie II Tomu IV Przeglądu str. 260 mylnie wydrukowano przemówienie Dra Fr. Neugebauera. Winno być, jak następuje:

Neugebauer. „O koincydencyi ciąży macicznej z izochroniczną ciążą pozamaciczną, czyli o ciąży bliźniaczej z heterotopicznem usadowieniem obu jaj".

Opierając się na kazuistyce przeszło 200 spostrzeżeń, z piśmiennictwa wszechświatowego zebranej, mówca omawia doniosłe znaczenie tej dla życia ciężarnej tak zdradliwej komplikacyi ciąży macicznej, jednej z najniebezpieczniejszych, albowiem, jak kazuistyka wykazuje, na 68 kobiet nie operowanych zmarły aż 32, czyli zmarło 47%!!! Izochroniczna heterotopiczna ciąża bliźniacza bynajmniej nie jest taką rzadkością, jak dotychczas mniemano — w ostatnich latach rok rocznie ogłaszano drukiem po 10 do 15 spostrzeżeń! Neugebauer w monografii swojej w r. 1907 w Lipsku wydanej zestawił już 171 takich spostrzeżeń, dziś do tej statystyki jest w możności dodać przeszło 30 nowych spostrzeżeń. Lwow i Morrison osobiście aż trzykrotnie mieli do czynienia z taką komplikacyą ciąży macicznej, Neugebauer i 8 innych autorów dwukrotnie.

Mówca omawia etyologię, zaznaczając wielką odsetkę pierwiastek (aż 24 I—gravidae, jedna XIX — gravida). Zdaniem mówcy, właśnie ciąża maciczna stanowi poniekąd predyspozycyę fizyologiczną dla pozamacicznego usadowienia się jaja bliźniaczego. Dalej mówca omawia symptomatologię, obraz kliniczny, rozpoznanie różniczkowe, w pierwszych 2 — 3 miesiącach

ciąży tak trudne, że dotychczas 11 razy rozpoznano istotny stan rzeczy przed operacyą, 9 razy podejrzewano ciążę bliźniaczą heterotopiczną, nie stawiając jednak rozpoznania stanowczego. Dalej mówca omawia rokowanie dla ciężarnej, dla płodu macicznego i płodu pozamacicznego (5 razy uratowano oboje dzieci przez operacyę, 31 razy oba płody dotarły do okresu dojrzałości; płód pozamaciczny właśnie dzięki równoczesnej ciąży macicznej jest wobec lepszych wskutek niej warunków odżywiania). Leczenie we wszystkich przypadkach powinno być operacyjne na drodze laparotomii a nie kolpotomii, tem bardziej wypada unikać sondowania macicy lub też dyagnostycznego skrobania; pomimo, że w przypadku de Otta ciąża maciczna nie rozpoznana, chociaż dokonano dyagnostycznego wyskrobania kawałka śluzówki macicznej w celu ustalenia, czy macica zawiera doczesną błonę czy też nie, dotarła do fizyologicznego końca ciąży po tylnej kolpokeliotomii, dokonanej w trzecim miesiącu ciąży.

Na 113 laparatomii uratowano 93 kobiety, a więc uratowano 82% kobiet; 20 razy ciężarna zmarła pomimo operacyi, czyli zmarło 18% operowanych kobiet. Statystyka en bloc w roku 1907 wykazuje 47 przypadków śmierci na 152 kobiet, a więc 30,8%; statystyka zestawiona w trzy lata później—1910—zaznacza na 207 spostrzeżeń 51 razy zejście śmiertelne, czyli tylko 25%.

Gdy zestawimy statystykę tylko za ostatnie pięć lat, odsetka śmiertelności wypada jeszcze znacznie mniejsza dzięki temu, że zawczasu przystąpiono do operacyi Koincydencya ciąży macicznej z izochroniczną ciążą pozamaciczną uzyskała nawet już znaczenie w sądowej medycynie; niedawno wytoczono preces jednemu z lekarzy w takim przypadku. Wezwany sub abortu w 5 miesiącu ciąży, usunął on płód i łożysko z błonami i uważał sprawę opróżnienia macicy za ukończoną. Po upływie tygodnia wezwano go do tejże pacyentki. Chora nagle zapadła ciężko na zdrowiu z obrazem zapaści i w kilka minut po przybyciu lekarza zmarła wskutek krwotoku wewnętrznego, wywołanego pęknięciem ciężarnego jajowodu.

Neugebauer odczyt swój ilustrował, opowiadając szczegółowo cały szereg więcej interesujących spostrzeżeń z kauistyki wszechświatowej i własnej. Kto raz jeden miał do czynienia z takim przypadkiem, śmiertelnie zakończonym, jaki spostrzegał Neugebauer wspólnie ze ś p. kolegą Karczewskim, zawsze będzie pamiętał o ewentualnej komplikacyi ciąży macicznej przez izochroniczną ciążę pozamaciczną. Kto zaznajomił się z kazuistyką, tem łatwiej postawi dyagnozę trafną i tem bardziej nie będzie się wahał natychmiast przystąpić do operacyjnego usunięcia ciąży pozamacicznej, nie zwracając uwagi na równoczesną ciążę maciczną, która w bardzo wielu przypadkach dotarła do końca fizyologicznego pomimo laparatomii, dokonanej propter graviditatem ektopicam.

Redaktor **A. Leśniowski.** Wydawca **C. Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17

TREŚĆ ZESZYTU I TOMU IV.

PRACE ORYGINALNE.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY i GINEKOLOGICZNY

(REVUE DE CHIRURGIE ET DE GYNÊCOLOGIE)

JOURNAL BIMENSUEL POLONAIS

paraissant à Varsovie sous la rédaction du Dr. A. LEŚNIOWSKI.

Administration du Journal: Varsovie, 3 rue Złota. Dr. C. STANKIEWICZ.

SOMMAIRE DU Nr. 1 DU VOL. IV.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Adres Redakcyi: Warszawa, NOWOGRODZKA № 19, TEL. 24-38.

Adres Administracyi: Warszawa, ZŁOTA № 3. TELEFON 70-75.

Warunki przedpłaty: Rocznie Rb. **6,** z przesyłką pocztową Rb. **7.** Zeszyt pojedyńczy Rb **2.** Zeszyt okazowy darmo i opłatnie.